



# PLAN DE TRABAJO DE CERO COLAS 2025 DEL HOSPITAL DE PAMPAS DE TAYACAJA

GARANTIZANDO UNA ATENCION  
AMBULATORIA OPORTUNA

ELABORADO POR OBSTETRA  
RUTH CRISTEL QUISEPAMAYTA VELO  
COORDINADORA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD  
DEL HOSPITAL DE PAMPAS DE TAYACAJA



## RESOLUCION DIRECTORAL N° 211-2025/GOB.REG-HVCA/DIRESA-HPT

Pampas, 18 de marzo de 2025

### VISTO:

Memorándum N° 231-2025/GOB.REG-HVCA/HPT-D, de fecha 17 de marzo del 2025, Informe Técnico N° 075-2025/GOB.REG-HVCA/DIRESA-HPT-AGC-RCQV, y;

### CONSIDERANDO:

Que, los Gobiernos Regionales tienen autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia conforme al Artículo 191° de la Constitución Política del Estado, modificada por la Ley N° 27680, Ley de la Reforma Constitucional, del capítulo XIV del Título VI sobre descentralización, concordante con el Artículo 2° de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales, constituyendo para su administración económica y financiera, un Pliego Presupuestal;

Que, los capítulos I y II de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el inciso b) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado con Decreto Supremo N° 013-2006-SA, señala que el Director Médico o el responsable de la atención de salud le corresponde asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistema para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 811-2018/MINSA se aprobó la Directiva Administrativa N° 251-MINSA/2018/DGOS – Directiva para la Elaboración e Implantación del Plan Cero Colas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas adscritas al Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, cuya finalidad es contribuir mediante la ejecución de Cero Colas a mejorar la calidad de la atención brindada a los usuarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPRES, reduciendo significativamente el tiempo de espera de los pacientes que acuden para acceder una prestación de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 811-2018/MINSA se aprobó la Directiva Administrativa N° 251-MINSA/2018/DGOS – Directiva para la Elaboración e Implantación del Plan Cero Colas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas adscritas al Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, cuya finalidad es contribuir mediante la ejecución de Cero Colas a mejorar la calidad de la atención brindada a los usuarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPRES, reduciendo significativamente el tiempo de espera de los pacientes que acuden para acceder una prestación de salud;

Que, asimismo, el punto 6.2 de la precitada Directiva, establece entre otros, que todo Director o Jefe de la IPRESS debe implementar el Plan Cero Colas de acuerdo a la realidad, fortaleciendo los servicios, optimizando los tiempos de espera y facilitando el acceso a los usuarios externos durante su estancia en la IPRESS;

Que, por su parte, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA de fecha 05 de julio del 2021, se aprobó el documento denominado Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual tiene como finalidad "Fortalecer la rectoría sectorial del Ministerio de Salud ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Adscritos";

Que, mediante Informe Técnico N°075-2025/GOB.REG-HVCA/DIRESA-HPT-AGC-RCQV, de fecha 14 de marzo de 2025, la Unidad de Gestión de la calidad remite informe solicitando la autorización la aprobación con Acto Resolutivo del Plan de Trabajo de Cero Colas



2025 del Hospital de Pampas de Tayacaja;

Que, mediante el Memorandum N° 231-2025/GOB.REG-HVCA/HPT-D de fecha 17 de marzo del 2025, la Dirección Ejecutiva dispone proyectar acto resolutivo de la aprobación mediante acto resolutivo el Plan de Trabajo de Cero Colas-2025 del Hospital de Pampas de Tayacaja;



Que, estando a lo informado y con visto bueno de Dirección Ejecutiva, Oficina de Administración, Unidad de Gestión de la Calidad y la Unidad de Asesoría Jurídica del Hospital de Pampas de Tayacaja;



**SE RESUELVE:**

**ARTICULO 1°.- APROBAR**, el documento técnico **PLAN DE TRABAJO CERO COLAS** del Hospital de Pampas- Tayacaja- año 2025, por las consideraciones expuestas en la parte considerativa de la presente resolución que anexo a folios 17 forma parte de la presente resolución.

**ARTICULO 2°.- ENCARGAR**, a la Unidad de Gestión de la Calidad, la implementación, difusión y supervisión a fin de dar cumplimiento el Plan de Trabajo aprobado en el artículo precedente.

**ARTÍCULO 3°.- NOTIFICAR**, la presente Resolución Directoral a las partes interesadas del Hospital de Pampas de Tayacaja y a las demás instancias administrativas que resulten competentes, para su conocimiento y fines consiguientes.

**REGÍSTRESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE.**

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA  
HOSPITAL DE PAMPAS-TAYACAJA

Mg. Jhony Soto Orellana  
DIRECTOR EJECUTIVO

REG. DOC. N°: 03635603  
REG. EXP. N°: 02614685

## INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	3
II.	FINALIDAD .....	3
III.	OBJETIVOS .....	3
	3.1 OBJETIVO GENERAL .....	3
	3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	4
V.	BASE LEGAL .....	4
VI.	CONTENIDO.....	4
	6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES.....	4
	6.2 DEFINICIONES OPERATIVAS .....	5
	6.3 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	7
	6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVO .....	11
	6.5 FINANCIAMIENTO .....	12
	6.6 ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PLAN .....	12
	6.7 ORGANIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN.....	12
VII.	RESPONSABILIDADES.....	12
VIII.	ANEXOS .....	12
	ANEXO N° 1.....	15

## I. INTRODUCCIÓN

El Hospital de Pampas de Tayacaja, en concordancia con lo dispuesto por el Ministerio de Salud mediante la Directiva de implementación del Plan Cero Colas en las Instituciones Prestadoras de Salud – IPRESS (RM N° 811-2018/MINSA), ha visto por conveniente formular el **Documento Técnico: Plan Cero Colas 2025**, con la finalidad de implementar acciones que contrarresten las causas que conllevan un tiempo de espera prolongado en las áreas que comprenden los puntos críticos identificados en la atención ambulatoria.

El Plan Cero Colas, busca evitar la formación de colas presenciales de espera de los usuarios que solicitan una atención de salud, así como reducir los tiempos de espera para obtener una cita médica en consulta externa y en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento; fortaleciendo y optimizando los tiempos de espera y dando sostenibilidad a los procesos de mejora continua implementados.

En esa línea, el Hospital de Pampas, conforma el Equipo de Profesionales para la elaboración y gestión del Plan Cero Colas. Este equipo implementa las estrategias necesarias que permitan cumplir con las metas establecidas, enfocándose en la simplificación de procedimientos administrativos y la mejora de la infraestructura tecnológica para soportar una atención ágil y de calidad.

El Plan Cero Colas parte de un análisis de la situación actual en el Hospital de Pampas, identificando áreas críticas que requieren mejoras en el tiempo de espera. Frente a estos resultados analizados, se formula el presente plan como herramienta para implementar acciones de mejora para la reducción de tiempos de espera en la búsqueda de la calidad de la atención.

El Plan se elaboró con todos los servicios implicados en la atención al usuario (administrativos y asistenciales), para garantizar que todos los procesos del Hospital contribuyan al logro de las metas planteadas.

## II. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la satisfacción del usuario, garantizando una atención ambulatoria oportuna y de calidad en el Hospital de Pampas de Tayacaja.

## III. OBJETIVOS

### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de atención del paciente mediante la reducción de los tiempos de espera en los servicios de admisión y consulta externa, contribuyendo a mejorar la satisfacción del usuario del Hospital de Pampas de Tayacaja.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Reducción de los tiempos de espera en la obtención de una cita en consultorios externos.
- b) Evitar la generación de filas presenciales de espera de los usuarios que solicitan atención de salud.



#### IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas los Servicios Administrativos y Asistenciales del Hospital de Pampas de Tayacaja.

#### V. BASE LEGAL

- a) Ley N° 26842, “Ley General de Salud”, y sus modificatorias.
- b) Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- c) Ley N° 28683, que modifica la Ley N° 27408, Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores, en lugares de atención al público.
- d) Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, y sus modificatorias.
- e) Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- f) Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el reglamento de la Ley N° 29414 que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- g) Resolución Ministerial N° 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”.
- h) Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.
- i) Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica “Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad”.
- j) Resolución Ministerial 297-2012/MINSA. Aprueba el Documento Técnico Establecimiento del Marco Conceptual para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información y de Tecnologías de Información y de Comunicación en el Ministerio de Salud.
- k) Resolución Ministerial N° 811-2018/MINSA, que aprueba la “Directiva Administrativa para la elaboración e implementación del Plan Cero Colas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas adscritas al Ministerio de Salud y Gobiernos Locales”.
- l) Resolución Ministerial N°090-2022/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°326- MINSA/OGPPM-2022, “Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el MINSA.

#### VI. CONTENIDO

##### 6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

Para la implementación del Plan Cero Colas, es necesario considerar los enfoques conceptuales y principios, siendo los siguientes:

## a) ENFOQUE CONCEPTUAL PARA UNA POLÍTICA DE CALIDAD EN SALUD

- Calidad en salud como expresión del desarrollo humano.
- Calidad en salud como expresión de derecho a la salud.
- Calidad en salud como enfoque gerencial en las organizaciones de salud.
- Calidad en salud como estrategia de desarrollo y mejoramiento de los servicios de salud.

Estos enfoques conceptuales reforzarán la orientación a la gestión de la calidad con relación a:

- Las personas, provisión de servicios de salud seguros, oportunos, accesibles y equitativos; calidad con enfoque intercultural y de género; búsqueda de la satisfacción de los usuarios, acceso a los mecanismos de atención al usuario.
- Los trabajadores, cultura ética de la calidad; trabajo en equipo
- La unidad prestadora, asesoría sostenida; gestión de recursos; mejoramiento continuo; evaluación de los procesos prestacionales.
- La sociedad, participación social para calidad en salud.

## b) PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

- **Enfoque al usuario**, la institución depende de sus usuarios, por lo tanto, debe entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacer sus demandas específicas y esforzarse en exceder sus expectativas.
- **Liderazgo**, el cumplimiento de los objetivos de la calidad requiere de líderes que conduzcan a sus servicios a la mejora continua.
- **Participación del personal**, el personal de todos los niveles es la esencia de la institución, pues mediante su compromiso posibilita el uso de sus habilidades y conocimientos en beneficio de la calidad.
- **Enfoque basado en procesos**, un resultado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como proceso.
- **Enfoque sistémico para la gestión**, identificar, comprender y gestionar los procesos interrelacionados como sistema, contribuye a la eficiencia y eficacia de la institución.
- **Mejora continua de la calidad**, la mejora continua del desempeño global de la institución debe generar una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos
- **Toma de decisiones basada en evidencias**, las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos y la información.

## 6.2 DEFINICIONES OPERATIVAS

- a) **Atención de salud:** Se denomina así a cada uno de los servicios que recibe o solicita un usuario de los servicios de salud. Pueden ser de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud (atenciones intramurales) o en la comunidad (atenciones extramurales).
- b) **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. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en la que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario.

- c) **Contrarreferencia:** es un procedimiento administrativo asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito de donde procede a paciente, porque cuentan con la capacidad de manejar o monitorizar el problema de salud íntegramente.
- d) **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.
- e) **Reclamo:** Manifestación verbal o escrita, efectuada ante la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS por un usuario o tercero legitimado ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas o recibidas de estas.
- f) **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.).
- g) **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.
- h) **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 consultorios externos y servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
- i) **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.
- j) **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 resolutoria 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.
- k) **Referencia y Contrarreferencia:** Conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia transfiriéndolo de la comunidad o IPRESS de menor capacidad resolutoria a otro de mayor capacidad resolutoria.
- l) **Satisfacción del usuario:** Percepción global de la calidad de atención percibida por el usuario externo en los servicios de salud. En el caso del usuario interno es



la percepción global sobre la calidad interna del sistema de atención.

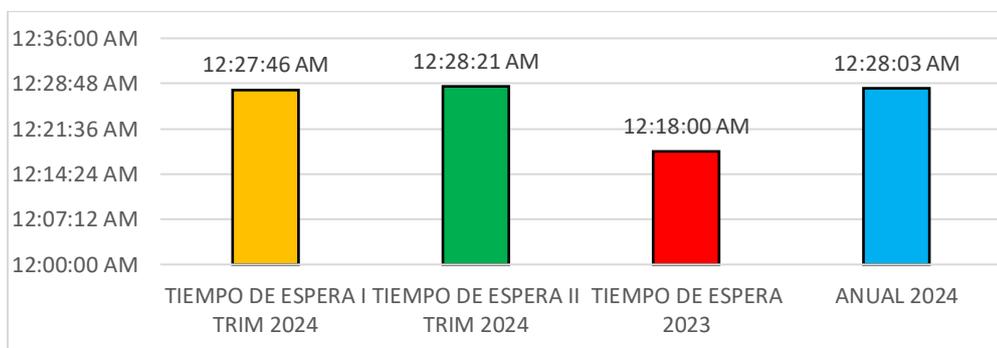
m) **Tiempo de espera:** Es el tiempo promedio transcurrido, medido directa o indirectamente para acceder al servicio requerido.

### 6.3 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

#### a) ANTECEDENTES

La atención ambulatoria es parte esencial del proceso de atención integral en el Hospital de Pampas. Desde el 2023 a la actualidad, el Hospital de Pampas ha adoptado innovadoras estrategias que permitieron continuar brindando el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención a nuestros pacientes a través de herramientas que permitieron reducir los tiempos de espera.

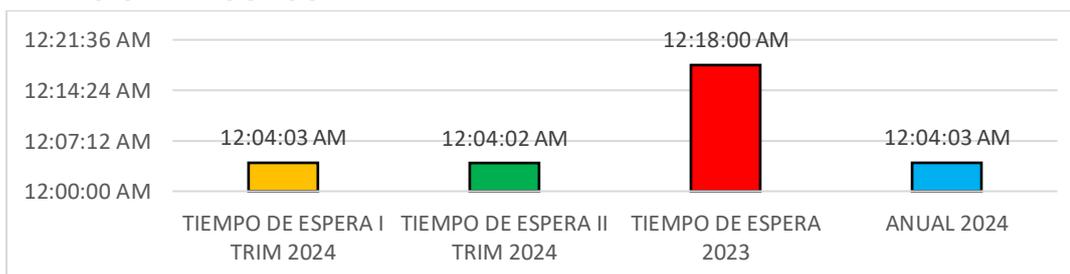
#### GRAFICO N° 01: REDUCCION DE TIEMPO DE ESPERA DEL PACIENTE DESDE QUE INGRESA AL HOSPITAL HASTA TRIAJE.



**FUENTE:** fichas aplicadas de medición de tiempos 2024.

Análisis: El tiempo promedio, que los usuarios tuvieron que esperar desde el ingreso al Hospital hasta su atención en triaje en el 2024 fue de 28 minutos con 03 segundos, en comparación con el 2023 que fue aproximadamente de 18 minutos.

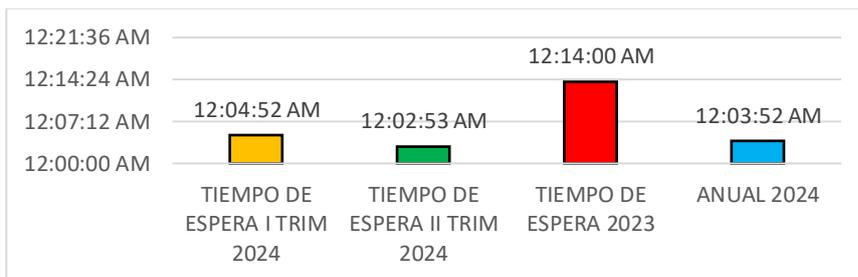
#### GRAFICO N° 02: REDUCCION DE TIEMPO DE ESPERA DEL PACIENTE PARA LA OBTENCION DE CUPOS



**FUENTE:** fichas aplicadas de medición de tiempos 2024.

Análisis: El tiempo de espera promedio para la obtención cupos para consultorios externos, ha disminuido 14 minutos, esto se debe a que ventanilla única se encuentra en triaje, donde se cuenta con personal asistencial y personal administrativo para generar los cupos. El tiempo de espera en el primer y segundo semestre es similar porque no se implementaron nuevos módulos.

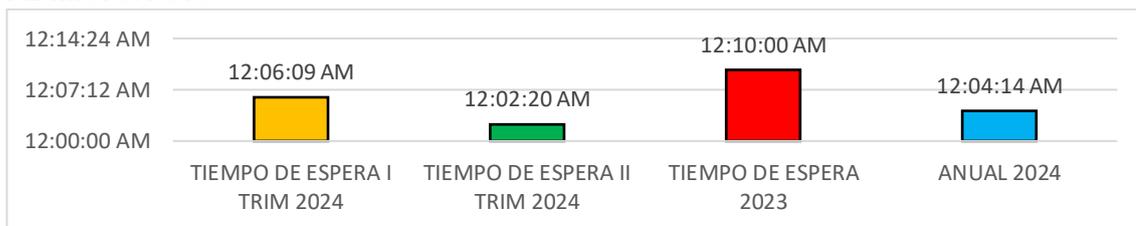
### GRAFICO N° 03: REDUCCION DE TIEMPO DE ESPERA DEL PACIENTE EN CAJA



FUENTE: fichas aplicadas de medición de tiempos 2024.

Análisis: El tiempo de espera promedio para en caja, ha disminuido 10 minutos en comparación del año 2023. Esto se debe a que después de la atención de triaje, el personal administrativo de apoyo, dirige a los pacientes sin SIS a sus pagos correspondientes en caja, donde la atención es inmediata, Se evidencia que en el segundo semestre el tiempo de espera disminuyó 02 minutos en comparación al primer semestre 2024.

### GRAFICO N° 04: REDUCCION DE TIEMPO DE ESPERA DEL PACIENTE EN ADMISION-SIS



FUENTE: fichas aplicadas de medición de tiempos 2024.

Análisis: El tiempo de espera en admisión, disminuyó en 06 minutos en comparación al año 2023. Los pacientes se dirigen a admisión donde acreditarán su SIS e imprimirán FUAs. El tiempo de espera en el segundo semestre disminuyó en 04 minutos en comparación al primer semestre 2024.

### GRAFICO N° 05: REDUCCION DE TIEMPO DE ESPERA PARA LA OBTENCION DE LA HISTORIA CLINICA



FUENTE: fichas aplicadas de medición de tiempos 2024.

Análisis: El tiempo de espera promedio para obtener la historia clínica, se ha mantenido similar al año 2023 con aproximadamente 08 minutos, el personal administrativo de apoyo, dirige a los pacientes a admisión donde crearan historias clínicas, registraran al sistema EQHALI. El tiempo de espera en el primer y segundo semestre tienen una diferencia de 10 segundos.

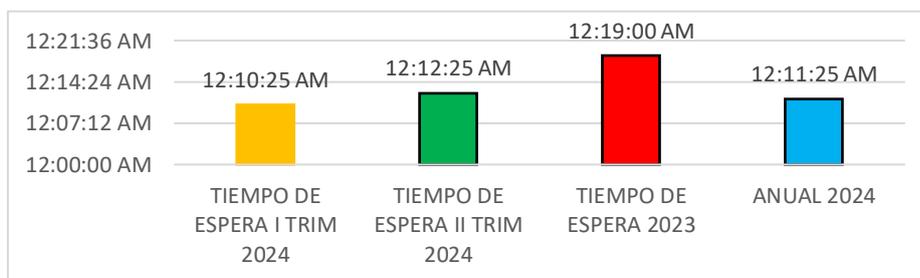
**GRAFICO N° 06: REDUCCION DE TIEMPO DE ESPERA DEL PACIENTE PARA SU ATENCION HASTA ANTES DE INGRESAR A LA CONSULTA.**



**FUENTE: fichas aplicadas de medición de tiempos 2024.**

Análisis: el tiempo empleado desde que llega la historia clínica hasta antes de ingresar a la consulta médica ha disminuido 27 minutos aproximadamente, en comparación al año 2023. El tiempo de espera en el primer y segundo semestre se mantienen en 50 minutos en promedio, debido a que no se cuenta con suficientes recursos humanos para la consulta en consultorios externos.

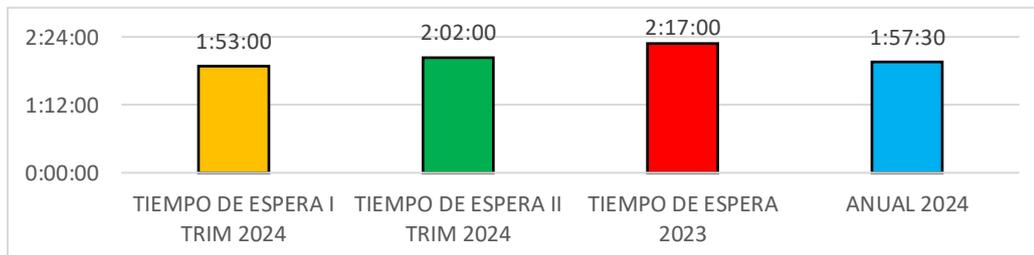
**GRAFICO N° 07: REDUCCION DE TIEMPO DE ESPERA DEL PACIENTE PARA LA ATENCION MEDICA.**



**FUENTE: fichas aplicadas de medición de tiempos 2024.**

Análisis: el tiempo empleado para la atención medica ha disminuido en 8 minutos en comparación al año 2023, en el segundo semestre 2024 aumento en 02 minutos el promedio del tiempo de atención, esto se debe a que los especialistas empiezan su atención a partir de las 10:00 am, luego deben atender a demanda.

**GRAFICO N° 08: REDUCCION DE TIEMPO DE ESPERA DEL PACIENTE PARA SU ATENCIÓN EN CONSULTORIOS EXTERNOS.**



**FUENTE: fichas aplicadas de medición de tiempos 2024.**

Análisis: el tiempo de espera empleado desde su ingreso hasta su alta en consultorios externos, ha disminuido en 20 minutos en comparación al año 2023. El tiempo de espera aumento en 9 minutos en el segundo semestre 2024, debido a la deficiencia de recursos humanos de los últimos meses.

**b) PROBLEMA**

Como Hospital referencial, atendemos a pacientes referidos de los 91 establecimientos de la Red de Salud de Pampas, parte de establecimientos de la provincia de Churcampa y Ayacucho, por lo que enfrentamos una creciente demanda, lo que representa un desafío significativo en la gestión de citas y en los tiempos de espera.



**c) CAUSAS DEL PROBLEMA**

DEBILIDADES	CORREGIR
<p>Falta de programación médica oportuna (03 meses de espera).                      Falta emisión de Contrareferencias                      Incremento de reprogramaciones de turno de profesional de la salud.                      Falta de información al paciente sobre tiempos de atención de procesos internos de preparaciones y adecuaciones farmacéuticas.                      Falta de recursos humanos en triaje y ventanilla única.                      Falta de ambiente para ventanilla única.                      Falta de orientadores para los pacientes que acuden por primera vez.                      Solo se cuenta con una ventanilla única.                      Falta de médicos especialistas.                      Falta de socialización el personal de triaje por RRHH, sobre los cambios de turnos.                      Infraestructura inadecuada en consulta externa, admisión y otros.                      Falta de equipos de cómputo.</p>	<p>Optimizar los procesos de atención ambulatoria.                      Capacitar al personal sobre los programas de EQHALI, WAWARED, REFCON, etc.                      Contratación de personal para triaje y ventanilla única para disminuir los tiempos de espera.                      Implementar ventanilla única para pacientes con discapacidades.                      Implementación de un ambiente para una ventanilla única adicional.                      Contratación de orientadores en consulta externa.                      Contratación de más especialistas.                      Solicitar más equipos de cómputo para ventanilla única y consultorios.</p>
AMENAZAS	AFRONTAR
<p>Incremento de la demanda de pacientes por especialidades.                      Incremento de pacientes de la provincia de Tayacaja, Churcampa y Ayacucho que llegan sin hoja de referencia.                      Retraso en la llegada del paciente.                      Pacientes que no respetan el orden de llegada.                      pacientes que acuden sin coordinación.                      Pacientes que acuden para especialidades que no se cuentan en la cartera de servicios.                      Falta de apoyo del gobierno</p>	<p>Fortalecimiento del proceso de orientación y sensibilización al paciente en la atención según cartera de servicios                      Incremento de la oferta de servicios conforme a la demanda.                      desarrollo de mejoras informáticas relacionadas con la gestión de citas                      Coordinación con el primer nivel de atención para orientar a los pacientes referidos.                      Socialización continua sobre los horarios de turno de las especialidades con el primer nivel de atención.                      Mantener alianzas con el municipio para la donación de equipos de cómputo u otras organizaciones.</p>
FORTALEZAS	MANTENER
<p>Se cuenta con personal capacitado.                      Se cuenta con TELESALUD.                      Se cuenta con especialidades básicas.                      Ubicación adecuada y fácil acceso de</p>	<p>Continuar con las capacitaciones del personal interno.                      Continuar con los convenios con las universidades e institutos para las</p>



<p>admisión, triaje, caja y ventanilla única. Compromiso de la jefatura de consulta externa. Rápida acción del personal frente a los reclamos del paciente. Libro de reclamaciones accesible. Personal de vigilancia apoya en la orientación del paciente.</p>	<p>prácticas e internado. Mantener las alianzas con ELECTROPERU. Mantener activas las redes sociales para informar sobre la cartera de servicios, horarios y otros de los profesionales de turno.</p>
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>EXPLORAR</b>
<p>Se cuenta con apoyo de estudiantes e internos. Se cuenta con el apoyo del SIS. Población con mayor nivel educativo. Acceso a las redes sociales. Disponibilidad de internet de banda ancha. Accesibilidad a programas EQHALI, WAWARED, REFCON y otros.</p>	<p>Implementar un programa de cero colas, como generación de citas por teléfono o vía internet. Implementación de historias clínicas electrónicas. Tramitar como hospital cede docente</p>

#### d) POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo son todos los pacientes que vienen a atenderse ambulatoriamente en el Hospital de Pampas de Tayacaja y los familiares que acompañan.

#### 6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVO

El Plan Cero Colas 2025 propone las siguientes acciones en concordancia con los objetivos propuestos:

##### **Objetivo Estratégico 1: Reducción de los tiempos de espera en la obtención de una cita en consultorios externos.**

- a) Fortalecer y mejorar el acondicionamiento de ventanilla única para el otorgamiento de citas presencial como acción central.
- b) Evaluar el tiempo de espera del paciente desde la llegada hasta el llamado para la atención en consultorios externos.
- c) Garantizar la programación médica para tres meses consecutivos de consultorios externos y de los servicios vinculados a la atención ambulatoria.
- d) Elaborar flujogramas mejorados para la admisión de pacientes en consulta externa y servicios de apoyo al diagnóstico,

##### **Objetivo Estratégico 2: Evitar la generación de filas presenciales de espera de los usuarios que solicitan atención de salud.**

- a) implementar la entrega de citas al paciente para su atención en consultorios externos mediante la central telefónica de citas.
- b) Programar citas para atención de consultorio presencial y virtual (teleconsulta).
- c) implementar la entrega de citas mediante el sistema de gestión de citas.
- d) Fortalecer al equipo de la Plataforma de Atención al Usuario, para brindar

orientación e información al paciente en el proceso de atención en consultorios externos y servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

- e) Fortalecer la atención con enfoque intercultural a favor de los pacientes.

## 6.5 FINANCIAMIENTO

La actividad del presente plan no cuenta con financiamiento.

## 6.6 ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PLAN

La coordinadora de Gestión de la Calidad en Salud, conforme al cronograma establecido, deberá presentar informes semestrales sobre los avances del plan a la Dirección General.

## 6.7 ORGANIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN

La organización para la implementación del presente Plan Cero Colas, estará a cargo de los representantes designados según resolución directoral, responsables por el periodo comprendido durante el año 2025 y coordinadora de Gestión de la Calidad en Salud; siendo los integrantes:

COMITÉ CERO COLAS		
Nº	Integrantes	Cargo
1	JEFA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	COORDINADORA
2	JEFATURA DE LA UPSS CONSULTORIOS EXTERNOS	SECRETARIA
3	ADMINISTRADORA DEL HOSPITAL DE PAMPAS	MIEMBRO
4	JEFA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA	MIEMBRO
5	RESPONSABLE DE ADMISIÓN	MIEMBRO
6	JEFA DE LA UNIDAD DE SEGUROS	MIEMBRO
7	RESPONSABLE DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIAS	MIEMBRO

## VII. RESPONSABILIDADES

- La Dirección General es responsable de la evaluación del proceso de implementación de las actividades e intervenciones del Plan “Cero Colas”, a fin de garantizar su cumplimiento.
- El Equipo del Plan Cero Colas, es responsable de realizar la formulación y el análisis del presente plan
- La Unidad de Gestión de la Calidad es responsable de la implementación del presente plan en lo correspondiente a los servicios asistenciales.

## VIII. ANEXOS

- a) Cronograma:

**ANEXO N° 1**  
**MATRIZ DE INDICADORES**



	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	feb	ma rz	abr	ma y	jun	jul	ag o	se p	oct	no v	dic	
<b>Objetivo Específico 1:</b>  Reducción de los tiempos de espera en la obtención de una cita en consultorios externos y servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento.	a) Fortalecer y mejorar el acondicionamiento de ventanilla única para el otorgamiento de citas presencial como acción de descentral	CITAS	Jefatura de Consulta externa Comité de cero colas							X					
	lab) Evaluar el tiempo de espera del paciente desde la llegada hasta el llamado para la atención en consultorios externos.	informe	Gestión de la calidad					x						X	
	c) Garantizar la programación médica para tres meses consecutivos de consultorios externos y de los servicios vinculados a la atención ambulatoria	Programación de turnos	RRHH		x			x			x				X
	d) Elaborar flujogramas mejorados para la admisión de pacientes en consulta externa y servicios de apoyo al diagnóstico	flujograma	Jefatura de Consulta externa Comité de cero colas			x									
<b>Objetivo Específico 2:</b>	a) implementar la entrega de citas al paciente para su atención en consultorios externos mediante la llamadas telefónicas	llamadas telefónicas	Jefatura de Consulta externa Comité de cero colas Telesalud				x	x	x	x	x	x	x	x	



Evitar la generación de filas presenciales de espera de los usuarios que solicitan atención de salud	telefónica de citas.		Referencias y contrareferencias												
	b) Programar citas para atención de consultorio presencial y virtual (teleconsulta).	teleconsultas	Telesalud Referencias y contrareferencias	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
	c) implementar la entrega de citas mediante el sistema de gestión de citas	Sistema de gestión de citas	Comité de cero colas					x							
	d) Fortalecer al equipo de la Plataforma de Atención al Usuario, para brindar orientación e información al paciente en el proceso de atención en consultorios externos y servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.	capacitación	Gestión de la calidad					x							X
	e) Fortalecer la atención con enfoque intercultural a favor de los pacientes.	capacitación	Gestión de la calidad					x							x