

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA
MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO



**MEJORA DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE LA CAJA DE SALUD DE
LA BANCA PRIVADA**

POSTULANTE:

DRA. SAMANTHA CARLA RODRIGUEZ PEREZ

TUTOR:

DR. JOSE MANUEL MICHEL ALARCON

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GESTIÓN DE CALIDAD Y AUDITORIA MEDICA**

LA PAZ – BOLIVIA

2021

DEDICATORIA

A mis hijas Thamara y Camila quienes fueron mi compañía y fortaleza en todos los años de mi vida profesional, compartiendo el tiempo que era “nuestro” con las diversas actividades de esta profesión. A mi padre, quien siempre me impulsó a seguir creciendo y continuar con esta especialidad.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi gratitud a todos los docentes de esta especialidad, que compartieron sus conocimientos y nos ayudaron a alcanzar esta nueva meta, así mismo un agradecimiento a la unidad de Post Grado de la Facultad de Medicina que cada año pone su máximo empeño para ofrecernos cursos de muy alto nivel. Finalmente debo agradecer a mi esposo e hijas por su apoyo incondicional.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	5
IV. ANÁLISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR	8
V. ANÁLISIS DE ACTORES	11
BENEFICIARIOS DIRECTOS.....	12
BENEFICIARIOS INDIRECTOS.....	15
OPONENTES.....	15
AFECTADOS.....	16
VI. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN	18
VII. ESTRUCTURA DE OBJETIVOS	23
7.1 OBJETIVO GENERAL.....	23
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
VIII.RESULTADOS	24
IX. ACTIVIDADES	24
X. INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS	26
XI. FUENTE DE VERIFICACIÓN	27
XII. SUPUESTOS	28
XIII.ANÁLISIS DE VIABILIDAD	29
XIV. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	34
FACTIBILIDAD SOCIAL	34
FACTIBILIDAD CULTURAL/LNTERCULTURAL	34
FACTIBILIDAD ECONÓMICA (PRESUPUESTO PÚBLICO).....	34
FACTIBILIDAD DE GÉNERO	34
XV. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO	35

XVI.	FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO	35
XVII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
XVIII.	ANEXOS	38
18.1	ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	38
18.2	ÁRBOL DE OBJETIVOS	39
18.3	MATRIZ DE MARCO LÓGICO	40
18.4	PRESUPUESTO	44
18.5	MAPAS DE UBICACIÓN DEL PROYECTO	46
18.6	ESTRUCTURA INSTITUCIONAL O COMUNITARIA	47
18.7	CRONOGRAMA.....	48
18.8	DIAGRAMA DE GANTT	49
18.9	SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO	50

RESUMEN

En nuestro medio, todos los centros hospitalarios de la seguridad social, sistema público y centros privados, cuentan con el área de emergencias en los servicios de hospitalización y se observa que la problemática es similar en todos ellos pues existe un tiempo de espera prolongado, una deficiente clasificación de pacientes, infraestructura insuficiente y falta de personal, por lo que las diferentes instituciones tratan de mejorar este servicio que se constituye en la puerta de entrada de todos los pacientes que acuden a hospitalizarse.

La Caja de Salud de la Banca Privada, es un ente gestor de seguridad a corto plazo que cuenta con 3 centros en La Paz, un policonsultorio en El Alto, un policonsultorio central y la Clínica Regional, la cual fue inaugurada en Febrero de 2015, desde su inauguración se fue incrementando el número de pacientes en el servicio de Emergencias, y al no contar con una adecuada clasificación de los pacientes, existe un prolongado tiempo de espera para la atención de estos pacientes.

El objetivo de este trabajo de grado es mejorar los procesos de calidad de atención en el servicio de emergencias de la Caja de Salud de la Banca Privada, por ende mejorar el tiempo de espera en el servicio de emergencias, logrando una atención oportuna de acuerdo a cada paciente, esto llevará así mismo a la disminución de los reclamos por parte de los pacientes y mejorará la satisfacción de los usuarios del servicio de emergencias.

PALABRAS CLAVE: Triage, calidad de atención, emergencias.

ABSTRACT

In our midst, all social security hospitals, public system and private centres have the emergency área in hospitalization services and it is observed that the problem is similar in all of them because there is a long waiting time, a poor classification of patients, insufficient infrastructure and lack of staff, so the different institutions try to improve this service that is constituted at the gateway of all patients who come to hospitalize.

The Private Banking Health Fund (CSBP) is a short-term security management authority that has 3 centres in La Paz, a polyconsultory in El Alto, a central polyconsultory and the Regional Clinic, which was inaugurated in February 2015, since its opening the number of patients in the Emergency Service was increasing, and because it did not have an adequate classification of patients , there is a long waiting time for the care of these patients.

The objective of this undergraduate work is to improve the quality of care processes in the emergency service of the Private Banking Health Fund, thus improving the waiting time in the emergency service, achieving timely care according to each patient, this will also lead to the reduction of complaints by patients and improve the satisfaction of users of the emergency service.

KEY WORDS: Triage, quality of care, emergencies.

I. INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la Medicina ha experimentado una profunda transformación en los últimos años. La utilización de herramientas complejas y tecnologías avanzadas, la especialización de los profesionales en sus diferentes subespecialidades, los cambios demográficos, la facilidad de acceso a la información hacen que se establecen diferentes formas de ver un servicio de emergencias. Durante décadas, grupos de profesionales de diferentes ámbitos han identificado un espacio de actuación propio, que recoge y combina conocimientos de otros muchos, con unas características peculiares: la necesidad de atención inmediata a problemas que comprometen o pueden comprometer la vida. La actuación médica con carácter urgente ha existido siempre, pero la organización al servicio de la misma tiene un desarrollo más reciente.

Un departamento de urgencias o servicio de emergencias requiere diferentes equipos y diferentes enfoques que la mayoría de las divisiones del hospital. Los pacientes suelen llegar con condiciones inestables, por lo que deben ser tratados rápidamente. El personal de los servicios de emergencias deberían estar capacitados para trabajar de forma rápida y eficaz, incluso con un mínimo de información.

Porque el tiempo es un factor esencial en el tratamiento de emergencia, los servicios de emergencias suelen tener sus propios equipos de diagnóstico para evitar la espera de los equipos instalados en otros lugares en el hospital.

La Caja de Salud de la Banca Privada es proveedor de servicios de salud, perteneciente a las entidades de seguridad social a corto plazo. Desde Febrero de 2015 cuenta con infraestructura propia referente a hospitalización: Clínica Regional, donde se cuenta con un espacio físico para la unidad o servicio de emergencias.

En la Clínica de la Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP), específicamente en el área de emergencias se identificó la inexistencia de un sistema de clasificación de los pacientes que acuden a esta unidad y la infraestructura ya es insuficiente para la cantidad de pacientes que acuden diariamente, lo que hace que exista un tiempo de espera largo para los usuarios del servicio y se genere posteriormente los reclamos en los asegurados, siendo un problema que afecta a Clínica y también a la Regional de esta institución.

La re estructuración del servicio de emergencias es necesaria y refleja la disposición a un proceso continuo de evaluación y aprendizaje, cuya finalidad se orienta hacia la mejora en su ámbito de actuación, avanzar en términos de competitividad, y satisfacer a sus diferentes 'grupos de interés'

En función a lo mencionado anteriormente este proyecto de intervención pretende abordar esta problemática, mejorando los procesos de atención en este servicio y por ende, disminuyendo el tiempo de espera en el servicio de emergencias, lo que ayudara a los directivos del hospital mejorar la gestión administrativa, obteniendo niveles altos de rendimiento que se refleje en la satisfacción de los asegurados de la institución y realizando una atención oportuna (de acuerdo a la patología que presentan los pacientes) en el servicio de emergencias.

II. ANTECEDENTES

El primer centro especializado de atención de trauma en el mundo se abrió en 1911 en los Estados Unidos en la Universidad de Louisville Hospital en Louisville, Kentucky, y fue desarrollado por el cirujano Arnold Griswold durante la década de 1930.

Muchas salas de emergencia de EE.UU. están excesivamente ocupadas. Un estudio de los médicos del área de Nueva York en febrero de 2007 reveló que las lesiones e incluso muertes han sido causadas por el exceso de espera de camas de hospital por pacientes en el servicio de emergencias. Un estudio realizado el 2005 encontró un paciente con un tiempo de espera promedio de 2,3 horas en Iowa a 5,0 horas en Arizona.

Una inspección de los hospitales de la zona de Los Ángeles por el personal del Congreso encontró el funcionamiento exigencias ambientales en un promedio de 116% de la capacidad (lo que significa que hay más enfermos de los espacios de tratamiento disponibles) a partir del 1 de enero de 2009, en respuesta, los hospitales han dedicado más personal a la sala de urgencias en las horas pico.

En nuestro medio, todos los centros hospitalarios de la seguridad social, sistema público y centros privados, cuentan con el área de emergencias en los servicios de hospitalización y se observa que la problemática es similar en todos los centros grandes, existe un tiempo de espera prolongado, una deficiente clasificación de pacientes, infraestructura insuficiente y falta de personal, por lo que las diferentes instituciones tratan de mejorar este servicio que es la puerta de entrada de todos los pacientes que acuden a hospitalización.

La Caja de Salud de la Banca Privada al contar con clínica nueva y propia desde febrero de 2015, cuenta con material adecuado, pero como el proyecto se inició hace varios años, actualmente el espacio que ocupa el Servicio de Emergencias no abastece a la cantidad de pacientes que se ven diariamente en el mismo. El sistema de ingreso o admisión del paciente al área de emergencias no es el adecuado para la realidad actual y es necesaria la redistribución de funciones.

Se debe tomar en cuenta también que, en el proceso de Evaluación y Acreditación de los Establecimientos de Salud, uno de los parámetros a evaluar se encuentra en el servicio de Emergencias, por lo que se debe dar el apoyo respectivo a esta unidad para que cumpla con todos los parámetros de calidad.

El 2015, la Clínica de la Caja de Salud de la Banca Privada planteó desde la dirección, junto con algunos Jefes de Servicio, la re estructuración del servicio de emergencias para disminuir el tiempo de espera que existía en ese momento implementado el sistema de triaje, reto que se viene trabajando.

III. JUSTIFICACIÓN

La salud asegura la vida del ser humano, siendo un indicador de calidad de vida de los pueblos; todo servicio de hospitalización cuenta con un área de emergencias que es por donde acceden al sistema de hospitalización todos los pacientes, por lo tanto, esta unidad o servicio es la cara de todo centro hospitalario.

En todo servicio de emergencias se debe tratar de disminuir el tiempo de espera de un paciente, para que así todo paciente sea atendido en un tiempo prudente y reciba su tratamiento o manejo adecuado.

En el transcurso de los últimos años existe una creciente insatisfacción de los asegurados en la Caja de Salud de la Banca Privada, respecto a la atención en el servicio de emergencias, expresada en los resultados de las encuestas de satisfacción que se realiza cada año en la institución y en los reclamos que llegan a la unidad de Atención al Asegurado.

Este gráfico expresa el problema actual que se tiene en la Caja de Salud de la Banca Privada en el área de emergencias, en donde las flechas rojas expresan los momentos donde existe demora de tiempo:



Por lo tanto, las causas de demora en la atención en el servicio de emergencias serian:

- Inadecuada clasificación de los pacientes para su atención, pues lo realiza vigencia de derechos.
- Falta de personal.
- Mala organización de funciones en esa unidad

Otra causante, es el clima laboral existente, ya que se evidencia la inexistencia de trabajo en equipo y comunicación.

El Plan de Intervención pretende optimizar el servicio de emergencias, disminuyendo el tiempo de demora en la atención en el mismo, y viendo todos los factores respectivos e implementar el sistema de triaje.

El «*triaje/clasificación*» es un proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos⁵.

La aplicación del *triaje*, tal como lo conocemos, proviene del mundo anglosajón que desarrolla a partir de los años 60 diversos planteamientos basados en escalas de 3 ó 4 niveles de categorización que, al no haber demostrado suficiente fiabilidad, relevancia y validez, han sido casi todas sustituidas a partir de los años 90 por nuevas escalas de 5 niveles de priorización que pueden ser aplicadas en modelos del denominado *triaje* estructurado.

La aplicación de dichas escalas parte de un concepto básico en *triaje*: lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente. Ello hace posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes

más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. Por lo tanto, las funciones del triaje serian:

1. Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
2. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
3. Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
4. Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
5. Aportar información sobre el proceso asistencial.
6. Disponer de información para familiares.
7. Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
8. Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

IV. ANÁLISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR

Actualmente, en emergencias de la Caja de Salud de la Banca Privada, existe demora en la atención de los pacientes que acuden al servicio de emergencias, teniendo un promedio de espera hasta de 2 horas, entre las causas que se tiene en esta demora son los siguientes:

- a) El paciente acude al servicio de emergencias y su primer contacto es con el personal de vigencia de derechos, quienes lo registran en el sistema para habilitarlo en su atención y posteriormente designan la especialidad que lo debe ver. Se debe tomar en cuenta que es un personal que no fue capacitado en el triaje, por lo tanto, agenda a los pacientes de acuerdo al orden de llegada sin dar prioridades por la sintomatología que acude el paciente.
- b) Una vez el paciente deja su carnet de asegurado con vigencia, y es agendado, le indican que espere para su atención.
- c) Cuando vigencia de derechos tiene el carnet de asegurado, debe pasar el mismo al personal de enfermería para la toma de signos vitales y el tiempo que transcurre entre que haga esto es variable, dependiendo si existe más pacientes que estén esperando para ser agendados, llamadas telefónicas, etc., por lo tanto, depende mucho del trabajo que tenga el personal de vigencia para que pase esos carnets de asegurado.
- d) Personal de enfermería recibe los carnets de asegurado y empieza a llamar a los pacientes, también por orden de llegada, para la toma de signos vitales, una vez tiene los signos vitales, indica a los pacientes que vuelvan a salir a la sala de espera y que esperen a que los llamen del consultorio correspondiente. En este paso tampoco se hace una

clasificación de pacientes, solo es una toma de signos vitales y por orden de llegada pasan los carnets con los signos vitales a los consultorios médicos sin dar la prioridad correspondiente, inclusive a veces pasan más de 3 carnets al mismo tiempo en un determinado consultorio.

- e) Una vez el paciente ingresa al consultorio médico (donde es llamado por orden de llegada y en promedio transcurrió una hora), recibe la atención correspondiente y si es un paciente que no requiere más que instaurar el tratamiento, pues ya sale del consultorio con la atención concluida, pero si el paciente debe realizarse laboratorios, el tiempo de espera en llegar estos resultados también es de una hora.
- f) Finalmente, una vez que el paciente tiene resultados de laboratorio y si por algún motivo es hospitalizado, se realizan las indicaciones iniciales y también debe esperar que el personal de enfermería realice las mismas (canalizaciones, etc.) pues el personal de enfermería de piso no recibe a los pacientes sin que este todo el tratamiento completo y además debe haber camas disponibles, por lo tanto, nuevamente existe un tiempo de espera de aproximadamente 30 a 60 minutos.
- g) Se debe tomar en cuenta la infraestructura de las camas de observación en emergencias, pues solo se tiene 5 cubículos, por lo tanto, también para poner a los pacientes en observación no abastece el espacio disponible.
- h) Respecto al personal de enfermería, se cuenta con dos licenciadas de enfermería y 3 auxiliares durante 12 horas del día y durante las 12 horas de la noche se tiene 1 licenciada de enfermería y dos auxiliares, personal que es insuficiente pues apoyan a 4 consultorios en emergencias y a dos consultorios de planta baja.

Las dos licenciadas de enfermería, deben canalizar a los pacientes que se van a internar, que se encuentran en observaciones, acompañar a los pacientes cuando se internan hasta el piso correspondiente y realizar la administración de inyectables de los pacientes que acuden a emergencias (muchos de ellos de policonsultorio central).

- i) También se debe tomar en cuenta que la ubicación de Clínica Regional es accesible para todos los asegurados, por lo tanto, incrementó la demanda de atención en emergencias, en especial en los horarios pico (12:30 a 15:00 y 17:00 a 23:00), y existe una falta de información a los asegurados en relación a la diferenciación entre atenciones que corresponde a consulta externa y emergencias.

V. ANÁLISIS DE ACTORES

GRUPOS	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	INTERES EN EL PROYECTO	CONFLICTOS POTENCIALES
Población asegurada	Mejorar su atención en emergencias	Situaciones de demora en la atención.	Recibir atención adecuada	Aceptación parcial de la intervención
Personal médico asistencial del Servicio de Emergencias de la CSBP	Brindar una atención médica oportuna.	Procesos no estandarizados	Proporcionar asistencia oportuna	Discrepancias de opinión Adherencia parcial al proyecto
Personal de enfermería del Servicio de emergencias de la CSBP	Realizar atención y cuidado del paciente de forma oportuna.	Procedimientos no estandarizados . Falta de personal.	Proporcionar cuidado y asistencia oportuna. Incrementar personal	Insuficiente comunicación Adherencia parcial al proyecto
Dirección de Clínica	Implementar y posteriormente evaluar la nueva reorganización del servicio de Emergencias	Procesos de atención no estandarizados . Ausencia de clasificación o triaje	Mejorar la OPORTUNIDAD en la atención en el servicio de emergencias, disminuyendo tiempos de espera	Incoordinación en la gestión de procesos estandarizados en el servicio de emergencias de la CSBP
Jefatura Médica	Desarrollar gestión en salud optima	Ausencia de clasificación de pacientes o sistema de triaje	Mejorar la atención en emergencias de la población asegurada en la CSBP	Reactividad negativa ante el cambio por parte del personal y de los asegurados
Gerencia Médica	Controlar, supervisar la calidad de atención en emergencias de todos los establecimientos de salud de la CSBP	Insuficientes procesos de atención estandarizados en el seguro social	Mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud de la CSBP	Insuficiente compromiso de gestión

BENEFICIARIOS DIRECTOS

Los beneficiarios directos del proyecto son las personas, asegurados, que acuden al Servicio de Emergencias de la Clínica de la Caja de Salud de la Banca Privada, para recibir atención médica.

Esta es la población de las gestiones 2014 a 2016 :

	GESTION 2014	GESTION 2015	GESTION 2016
POBLACION TOTAL	34.673	37.183	37.652
POBLACION TITULAR	17.421	19.046	19.704
POBLACION BENEFICIARIA	17.252	18.137	17.948

Respecto a la gestión 2017, en el POA del pasado año, se realizó las proyecciones respectivas, teniendo una meta para esta gestión, pero en el análisis que se hace en el primer semestre se tiene los siguientes datos reales:

GESTIÓN 2017 (primer semestre)	META 2017 (anual)	% CRECIMIENTO 2016/2017
38.949	43.462	3,4%
20.166	22.166	2,3%
18.783	21.296	4,7%

La consulta que se realizó en Emergencias en el primer semestre es la siguiente:

CONSULTA DE EMERGENCIA POR ESPECIALIDAD y FRECUENCIA
C.S.B.P. CLINICA REGIONAL LA PAZ - 1er. SEMESTRE 2017

ESPECIALIDAD	TOTAL
MEDICINA INTERNA	8667
MEDICINA GENERAL	6335
PEDIATRIA	3165
GINECOLOGIA-OBSTETRICA	2604
ANESTESIOLOGIA	528
CIRUGIA GENERAL	92
TRAUMATOLOGIA	79
GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	38
ORTOPEDIA INFANTIL	31
NEUROCIRUGIA	23
NEUROLOGIA	21
UROLOGIA	21
CARDIOLOGIA	16
NEUMOLOGIA	15
OTORRINOLARINGOLOGIA	7
GASTROENTEROLOGIA	6
MEDICINA FAMILIAR	6
CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	3
PROCTOLOGIA	3
CIRUGIA INFANTIL	2
CIRUGIA MAXILO FACIAL	2
NEONATOLOGIA	2
PSIQUIATRIA	2
CIRUGIA CUELLO Y CARA	1
INMUNOALERGOLOGIA INFANTIL	1
MEDICINA CRITICA-TERAPIA INTENSIVA	1
MEDICO RESIDENTE GINECOLOGIA	1
MEDICO RESIDENTE MEDICINA INTERNA	1
OFTALMOLOGIA	1
ONCOLOGIA CLINICA	1
TOTAL	21675

La atención en emergencias se incrementó en especial desde la apertura de la Clínica que inició sus actividades en Febrero de 2015, este es un cuadro comparativo de las diferentes gestiones en el primer semestre:

Consulta de emergencias 2014	Consulta de emergencias 2015	Consulta de emergencias 2016	Consulta de emergencias 2017
9.207	15.358	17.155	21.675

Por lo tanto los beneficiarios directos son los pacientes que acuden al servicio de emergencias y se calcula en 25000.

BENEFICIARIOS INDIRECTOS

Se considera como beneficiarios indirectos de la propuesta de intervención al personal administrativo y de salud, médicos y enfermeras que trabajan en el servicio de Emergencias de la Clínica de la Caja de Salud de la Banca Privada, además del personal de apoyo de la institución, choferes, personal de limpieza, portero, seguridad.

El número de beneficiarios indirectos se calcula en 100 personas

OPONENTES

Después del análisis correspondiente no se ha identificado participantes perjudicados solo un oponente casual que podría ser el recurso Humano no comprometido y que se resiste a los cambios de cualquier naturaleza en la institución.

- Jefe de Servicio de Emergencias: Una relación de comunicación abierta y de relación bastante estrecha con los demás actores. El flujo de comunicación es de carácter multidireccional en el flujo de la información con todos los actores.
- Dirección de Clínica: De igual manera de estrecha relación y comunicación abierta
- Jefatura Médica Regional
- Administración Regional
- Gerencia Médica
- Gerencia General
- Población asegurada

VI. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN

El proyecto se llevará a cabo en la Clínica Regional de la Caja de Salud de la Banca Privada, que empezó su funcionamiento el 1 de Febrero de 2015.

La Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP), Ente Gestor de la Seguridad Social a Corto Plazo, inició sus actividades el año 1987 hace 30 años, atendiendo al sector de la Banca Privada y entidades financieras a nivel nacional.

La Caja cuenta con una Oficina Nacional con sede en la ciudad de La Paz, tres Administraciones Regionales, en las ciudades de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz y cinco Agencias Regionales en Oruro, Sucre, Potosí, Tarija y Trinidad.

La Regional La Paz de la Caja de Salud de la Banca Privada, se constituye en el centro de referencia regional para la atención de pacientes derivados de la Ciudad de El Alto, las provincias Sud Yungas, Nor Yungas, Caranavi, Copacabana, Viacha, Sorata, Palca, y otras; así como de otras Regionales como Trinidad, Tarija, Potosí, Oruro y de manera ocasional Sucre, Cochabamba y Santa Cruz, generalmente referidos con patologías complejas de manejo por especialidades específicas y de alto requerimiento técnico y tecnológico, por lo que es imprescindible que los servicios de salud tengan la suficiente capacidad resolutive.

La Clínica Regional de la Caja de Salud de la Banca Privada, inició sus actividades el 1 de Febrero de 2015 con una capacidad instalada para 60 camas, distribuidas en dos pisos, el segundo piso con 34 camas y el tercer piso con 26 camas. Así mismo se cuenta con tres quirófanos, pero actualmente funcionan dos quirófanos, además se tiene dos salas de partos, ambientes de esterilización, Unidad de Terapia Intensiva Adultos y Terapia Intensiva Neonatal, Consultorios para la atención de la demanda ambulatoria de Emergencia, Oficinas

Administrativas, y áreas de Exámenes Complementarios, como ser Imagenología (Rayos X, Ecografía, Endoscopia, TAC, Densitometria y Mamografía), y Laboratorio Clínico de emergencias, entre otros.

La Unidad de Emergencias tiene como función la recepción de los pacientes para: examen, valoración, observación y tratamiento que requieren atención médica de urgencia o emergencia, como resultado de un accidente o enfermedad repentina, y que no pueden ser atendidos en consulta externa o ser internados en forma programada.

Los problemas de salud de los pacientes deben tener un tiempo de resolución no mayor de 24 horas (8 de preferencia) con el fin de no saturar el servicio, por lo que en el área de observación solo permanecen los pacientes 8 a 10 hrs, pues posteriormente en caso de no solucionar el problema tendrían que ser hospitalizados.

Las camillas o cubículos destinados para mantener a los pacientes en observación son 4 y se tiene un área de shock-trauma con dos camillas, donde actualmente se colocan a las pacientes de gineco obstetricia para realizar monitorización fetal y a los pacientes de traumatología para colocación de yesos, etc.

Destacar que se calculó las unidades en emergencias bajo el criterio de 1 unidad por cada 5.000 asegurados, cuyo resultado fue el de crear 4 cubículos y 1 de shock-trauma, pero se debe tomar en cuenta que realizaron esta proyección hace varios años, actualmente con casi 38000 asegurados requeriríamos con la misma proyección 7 cubículos además de contar con 2 cubículos para shock-trauma.

Se cuenta con 3 consultorios en el área de emergencias para las especialidades de:

- Medicina Interna
- Pediatría
- Gineco Obstetricia

Medicina general no tiene consultorio, por lo que atiende a los pacientes en uno de los cubículos.

Así mismo, debido a la demanda de pacientes, en planta baja de Clínica (fuera del área de emergencias) se habilitaron los consultorios de apoyo para pediatría, medicina interna y traumatología.

Respecto a Recursos Humanos del área de emergencias se cuenta con el siguiente personal:

- 7 médicos internistas de turno: uno por día, y sus 6 horas restantes realizan apoyo de 17:00 a 23:00, por lo que en ese horario se tiene dos especialistas en medicina interna para la atención en el horario pico
- 9 pediatras: 7 pediatras de turno, uno para cada día y sus 6 horas restantes también realizan apoyo en los horarios pico. 2 Pediatras a medio tiempo para fines de semana, de 08:00 a 23:00 para el apoyo en la consulta de emergencias que tiene una gran demanda.
- 7 ginecólogos obstetras de turno, uno cada día y realizan su apoyo de 6 horas por las mañanas, lo que hace q se tenga 2 especialistas por la mañana, para ingresar como ayudante a cirugías programadas o de emergencia junto con el ginecólogo tratante, o apoyen emergencias si es que ingresa el de turno a a quirófano de urgencia.
- 6 anestesiólogos de turno, realizando domingo rotativo.
- 8 médicos generales: 4 realizan turno cada cuarto día, 2 apoyan a quirófano como ayudantes en las cirugías y 2 realizan apoyo a emergencias por 12 horas en forma interdiaria.

- 9 licenciadas de enfermería quienes realizan turno de 12 horas cada tercer día, distribuidas 2 durante las mañanas y 1 durante la noche (3 por día).
- 15 auxiliares de enfermería que realizan turno de 12 horas cada tercer día, distribuidas 3 durante el día y 2 durante la noche.
- 5 auxiliares de vigencia de derechos.
- 4 camilleros
- 4 choferes de ambulancia

ORGANIZACIÓN

Con una estructura de tipo lineal conformada por los siguientes niveles:

Directivo:

Honorable Directorio

Ejecutivo:

Gerencia General, Gerencia Administrativa Financiera, Gerencia Médica, Unidad nacional de Planificación, Unidad general de auditoría interna, Responsable Nacional de Telemática, Responsable Nacional de Software Médico, Unidad Nacional de Asuntos Jurídicos, Regente Nacional de Farmacia.

Operativo:

Administrador Regional, Jefe Médico Regional, Dirección de Clínica, responsable médico y administrativo de clínica, Jefes de Servicio y personal del servicio de emergencias

HONORABLE DIRECTORIO

Es el órgano de mayor decisión de la Caja de Salud de la Banca Privada, encargada de fijar su política institucional.

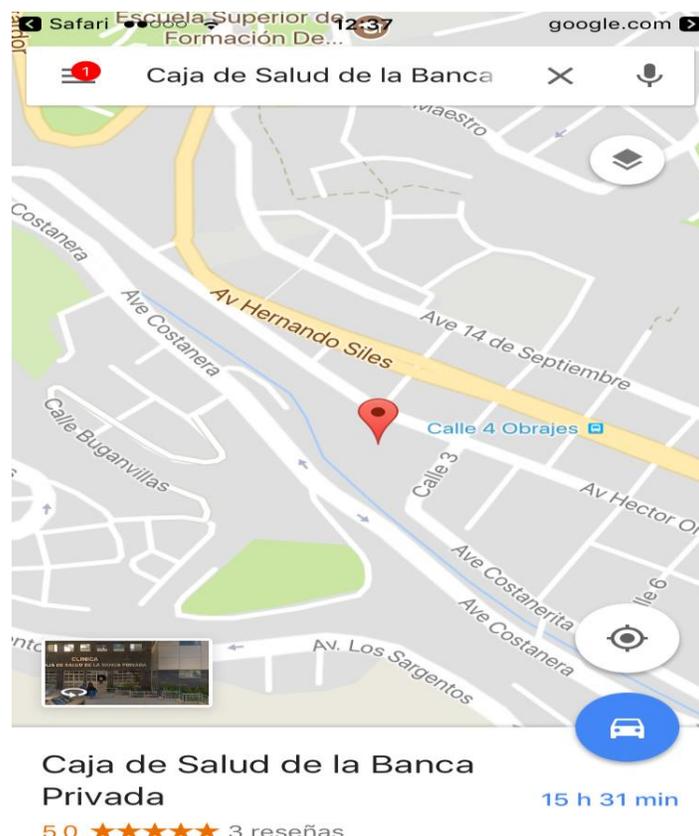
Se encuentra conformada por 8 integrantes, 4 representantes patronales y 4 trabajadores, de los cuales 2 son pasivos y 2 activos, cada dos años se elige un presidente entre todos los miembros.

GERENCIA GENERAL

Planifica, organiza, programa, coordina, dirige, supervisa y evalúa las actividades clínicas y técnico-administrativas relacionadas con la salud integral de los asegurados y beneficiarios en todo el país con el apoyo de sus dos gerentes: Gerente Administrativo financiero y Gerente Médico.

UBICACIÓN

La Clínica Regional se encuentra ubicada en la zona de Obrajes, en la calle Hector Ormachea entre las calles 2 y 3 de Obrajes.



VII. ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar los procesos de calidad de atención en el servicio de emergencias de la Caja de Salud de la Banca Privada.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

7.2.1. Mejorar la atención en el servicio de emergencias de la Caja de Salud de la Banca Privada

7.2.2. Mejorar tiempo de espera en el servicio de emergencias

7.2.3. Gestionar la ampliación en infraestructura del servicio de emergencias.

VIII. RESULTADOS

- I. Implementado nuevo proceso de atención en el servicio de emergencias
- II. Incremento de Recursos Humanos en el POA 2018.
- III. Infraestructura ampliada
- IV. Información para los asegurados incrementada

IX. ACTIVIDADES

- I. Implementar el sistema de triaje
- II. Realizar 3 capacitaciones al personal del servicio de emergencias en sistema de triaje
- III. Reuniones de seguimiento con jefes de servicio y personal de emergencias
- IV. Actualizar manual de cargos y funciones de médicos generales, enfermería y vigencia de derechos
- V. Gestionar aprobación de incremento de personal en POA 2018 con autoridades regionales
- VI. Realizar Reuniones con autoridades regionales para la gestión de recursos para ampliación del servicio de emergencias.
- VII. Coordinar actividades con el departamento de infraestructura
- VIII. Elaborar cronograma de actividades en infraestructura del servicio de emergencias
- IX. Reuniones con grupos focales de los asegurados de la CSBP
- X. Socializar información a instituciones por Encargado Regional de atención al asegurado
- XI. Realizar seguimiento de los resultados de las encuestas de satisfacción al asegurado

Para cumplir con estas actividades también se realizará:

- Reunión con autoridades regionales y nacionales.
- Planificación de la autoevaluación para determinar la satisfacción de las necesidades de los usuarios y sociedad en general
- Informe de la ejecución de la autoevaluación.
- Informe de resultados

X. INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

Indicador para el Objetivo General

Modelo de atención en el servicio de emergencias implementado en un 80%

Indicador para los Objetivos Específicos

8. 90% del proceso de atención en emergencias implementado.
9. 90% del personal de Emergencias completo.
10. 85% de ampliación en infraestructura en emergencias

Indicadores para los resultados:

11. 80% de usuarios satisfechos.
12. 90% de sistema de triaje implementado.
13. 90% del personal de emergencias capacitado
14. 95% de manuales de cargos actualizados y validados

Indicadores para las actividades:

- Tres reuniones con autoridades regionales
- Tres reuniones con equipo de infraestructura
- Reuniones trimestrales para el avance de cronograma
- Informe de encargado de atención al asegurado

XI. FUENTE DE VERIFICACIÓN

Para el Indicador del Objetivo General

- Registros y estadísticas del servicio de emergencias de la CSBP

Para el indicador de los objetivos específicos

- Planillas del personal de emergencias
- Informes trimestrales
- Incremento de cubículos en emergencias
- Estadísticas

Para los indicadores de resultado

- Encuestas
- Informe de seguimiento de la implementación
- Actas de reunión
- Manuales realizados
- POA aprobado
- Lista de asistentes a capacitaciones realizadas

Para el indicador de actividades

- Avance de reunión
- Actas de reuniones
- Informes
- Encuestas de satisfacción

XII. SUPUESTOS

Para el Objetivo General:

El personal de salud transmite las experiencias a futuras generaciones

Para el Objetivo Específico:

15. Aceptación social a la intervención.
16. Usuarios satisfechos.
17. Predisposición del personal de emergencias para cumplimiento de normas y procesos realizados
18. Todos los usuarios gozan del beneficio de la intervención
19. Factibilidad y sostenibilidad del proyecto

Para los resultados:

20. Menor tiempo de espera
21. Pacientes adecuadamente clasificados.
22. Voluntad y compromiso de los actores

Para las actividades:

23. Capacidad de gestión de los directivos del hospital
24. Voluntad, y compromiso de los actores
25. Capacidad técnica de los involucrados
26. Proceso de autoevaluación implementado
27. Proceso de autoevaluación en funcionamiento
28. Cumplimiento de objetivos

XIII. ANÁLISIS DE VIABILIDAD

13.1 LA ENTIDAD EJECUTORA:

Servicio de Emergencias de la Caja de Salud de la Banca Privada

13.1.1 ANTECEDENTES

RESEÑA HISTÓRICA

La Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP) es uno de los Entes Gestores de Seguridad Social en Bolivia que presta servicios de seguridad social en el régimen de corto plazo: enfermedad común, maternidad y riesgos profesionales.

Mediante el D.S. N° 25289 de 30 de enero de 1999, se reconoce la personalidad jurídica de la Caja de Salud de la Banca Privada, en su actual estructura y organización como Entidad Gestora del Sistema Nacional de Seguro Social de Salud. Desde aquella fecha brinda prestaciones de salud integrales en favor de los asegurados, tanto titulares, como beneficiarios, en su calidad de trabajadores activos o jubilados del sector bancario, ramas afines y otros.

La CSBP es una institución con alcance nacional, está organizada con una Oficina

Nacional con sede en la ciudad de La Paz, tres Administraciones Regionales asentadas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. También cuenta con cinco Agencias Regionales con asiento en Oruro, Potosí, Sucre, Tarija y Trinidad, además, tiene una Oficina en la ciudad de Cobija. En La Paz funcionan dos Policonsultorios, uno en la ciudad de Nuestra Señora de La Paz y otro en la Ciudad de El Alto y una Clínica propia. En Santa Cruz de la Sierra funcionan un Policonsultorio y una Clínica. Cochabamba sólo cuenta con un Policonsultorio y contrata servicios de hospitalización. Las Agencias Regionales cuentan con

Policonsultorios de especialidades médicas básicas y odontología, contratan servicios para el resto de las especialidades y servicios hospitalarios. Finalmente, en Cobija se contratan los servicios de salud en general.

La Clínica Regional La Paz, inició su funcionamiento el 1 de Febrero de 2015, constituyéndose en la Primera Clínica a nivel nacional de la Caja de Salud de la Banca Privada, con infraestructura propia y con tecnología de punta.

Durante el primer año de funcionamiento, pasaron 3 Directores Médicos, los dos primeros estuvieron tres meses cada uno y posteriormente hasta la fecha se encuentra con una Directora. Se constituyó en la primera institución de seguridad social en hospitalización en contar con la HABILITACIÓN otorgada por el SEDES y en la gestión 2016 fue considerada a nivel nacional como uno de los 3 mejores centros hospitalarios de acuerdo al Ranking que fue publicado a nivel nacional.

13.1.2 MISIÓN

“Proteger la salud de nuestra población asegurada con calidad humana, profesional y tecnológica, contribuyendo a mejorar su bienestar”.

VISIÓN

“Ser una institución de excelencia en las prestaciones de salud”.

13.1.3 MARCO LEGAL

Mediante el D.S. N° 25289 de 30 de enero de 1999, se reconoce la personalidad jurídica de la Caja de Salud de la Banca Privada, en su actual estructura y organización como Entidad Gestora del Sistema Nacional de Seguro Social de Salud.

13.1.4 FODA REALIZADO 2017 (a nivel nacional)

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<p>F.1 Índice de Satisfacción del Cliente (ISC) en promedio es del 82%</p> <p>F.2 Solvencia económica y financiera (base cotizante razonable, permanente, gestión adecuada y mora no significativa)</p> <p>F.3 Reconocimiento y prestigio institucional que posiciona la imagen corporativa</p> <p>F.4 Mayor cobertura de servicios médicos dentro el Seguro Social a Corto Plazo</p> <p>F.5 Integración y coordinación en la prestación de servicios de salud a nivel nacional (transferencia, referencia y contra-referencia).</p> <p>F.6 Incorporación y formalización de enfoque preventivo en el modelo de atención médica de la CSBP.</p> <p>F.7 Contar con Sistemas Informáticos SAMI, SAFI y SOA) y un adecuado soporte de TICs (red nacional).</p> <p>F.8 Estabilidad y continuidad de los lineamientos del Directorio.</p> <p>F.9 Fomento a un estilo de gestión basada en la planificación-control-toma de decisiones.</p> <p>F.10 Recurso Humano institucional capacitado, sensibilizado y comprometido con la atención al asegurado.</p> <p>F.11 Cultura de trabajo que coadyuva a la consecución de resultados organizacionales (Índice de Satisfacción mayor a la línea base establecida de 80%).</p> <p>F.12 Política institucional orientada a proporcionar los recursos necesarios</p>	<p>O.1. Existe demanda potencial de empresas interesadas en afiliarse a la CSBP</p> <p>O.2 Posibilidad de firmar alianzas y convenios con proveedores</p> <p>O.3 Posibilidad de convertirse en un centro de práctica profesional</p>

<p>(infraestructura, equipamiento, medicamentos, insumos, materiales, recursos humanos), para una otorgación de prestaciones seguras y oportunas.</p> <p>F.13 Política de inversión en infraestructura y equipamiento en salud.</p> <p>F.14 Implementación del Modelo de Atención Médica en curso.</p>	
DEBILIDADES	AMENAZAS
<p>D.1 Insuficiente gestión por procesos parcialmente documentados: generación, implementación, revisión, actualización y mejora continua de procesos en el marco de una gestión de calidad.</p> <p>D.2 Burocratización y la centralización de decisiones en algunos procesos administrativos generan ineficiencias (Adquisición de BB&SS, RRHH, Control presupuestario, Afiliaciones de empresas y personas).</p> <p>D.3 Necesidad de re-conceptualizar, reformular y estandarizar un modelo de gestión de atención al cliente (Customer Relationship Management).</p> <p>D.4 No existe un programa estructurado nacional de Información, Educación, Comunicación y Promoción (IEC/P) en salud, para clientes internos y externos.</p> <p>D.5 Débil implementación de una Gestión de Recursos Humanos por competencias en toda la Organización.</p> <p>D.6 Sistemas informáticos de la CSBP (SAMI, SAMICOT, SAFI, POA, SOA) no integrados.</p> <p>D.7 Registros parciales en el SAMI referidos a los servicios médicos tercerizados, particularmente en área rural, lo cual dificulta la explotación de datos y uso de la información.</p>	<p>A.1 Libre afiliación y desafiliación de empresas no propicias para las condiciones y capacidad instalada actual de la CSBP</p> <p>A.2 Judicialización del acto médico</p> <p>A.3 Incremento sostenido del costo de medicamentos, insumos y servicios</p> <p>A.4 Restringida oferta de proveedores de servicios médicos, que inciden en la calidad de los servicios</p> <p>A.5 Escasa oferta de profesionales en especialidades y subespecialidades médicas que se presenten y quieran formar parte de la CSBP (normativa legal, nivel salarial, rigor y exigencias de la CSBP)</p> <p>A.6 Limitación salarial que genera desmotivación en el personal</p> <p>A.7 Implementación del Seguro Universal de Salud utilizando los recursos del Seguro Social de Corto Plazo.</p> <p>A.8 Modificación del perfil epidemiológico de la población asegurada que genera incremento de costos en la atención de enfermedades degenerativas, oncológicas y otras de costo catastrófico</p>

<p>D.8 Débil Sistema de Información Gerencial, informatizado y automatizado necesario para la toma de decisiones.</p> <p>D.9 Necesidad de automatizar e integrar la información generada por los Sistemas Informáticos médicos y administrativos para la toma de decisiones.</p> <p>D.10 Débil gestión de archivos y documentación que genera uso excesivo de papel, equipamiento, insumos e infraestructura.</p> <p>D.11 Insuficiente Comunicación Interna y Externa.</p> <p>D.12 Ejecución extemporánea de actividades planificadas por recarga de actividades operativas.</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

XIV. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

FACTIBILIDAD SOCIAL

No se prevén problemas de naturaleza social a la ejecución de este proyecto ya que los beneficiarios directos son usuarios que están asegurados en la Caja de Salud de la Banca Privada, y están familiarizados con el personal médico asistencial. De la misma manera no se crearán nuevos sistemas de organización entre los beneficiarios ni se les pondrán condiciones restrictivas ya que las actividades de atención médica y diagnóstico se realizan dentro de la atención rutinaria que se realiza en el servicio de emergencias.

FACTIBILIDAD CULTURAL/INTERCULTURAL

No se tiene previsto ninguna dificultad de naturaleza cultural o intercultural, principalmente esto debido al tipo de población en la cual se planea la intervención, se trata de profesionales en salud, personal administrativo y de apoyo, pero tampoco se han visto patrones culturales específicos en esta población que puedan representar un problema al momento de implementar la propuesta.

FACTIBILIDAD ECONÓMICA (PRESUPUESTO PÚBLICO)

El desarrollo y mantenimiento del proyecto no implica gasto alguno para los beneficiarios, y solo se realiza con los recursos aprobados en el POA de las diferentes gestiones.

FACTIBILIDAD DE GÉNERO

En la ejecución del proyecto no se vulnera ningún aspecto inherente a la equidad de género, por lo que no se será un problema para poner en marcha la intervención.

XV. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO

El proyecto tiene como objetivo central la estandarización de protocolos de de la Caja de Salud de la Banca Privada en el servicio de Emergencias que serán los beneficiarios del proyecto, que de cumplirse el mismo resultará mostrando una gran impacto en la calidad de atención de este servicio, que es la puerta de entrada al área de hospitalización.

XVI. FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO

En base al presupuesto elaborado para la propuesta se identifican las siguientes fuentes de financiamiento:

Fondos propios de la Caja de Salud de la Banca Privada para realizar los trípticos, sesiones de educación tanto para el cliente interno como externo.

De acuerdo a la aprobación en el POA 2018, se incrementaría los Recursos Humanos y se plantea que se añade la ampliación de esta área en la segunda fase de ampliación de toda la Clínica Regional que ya se encuentra aprobado en el POA.

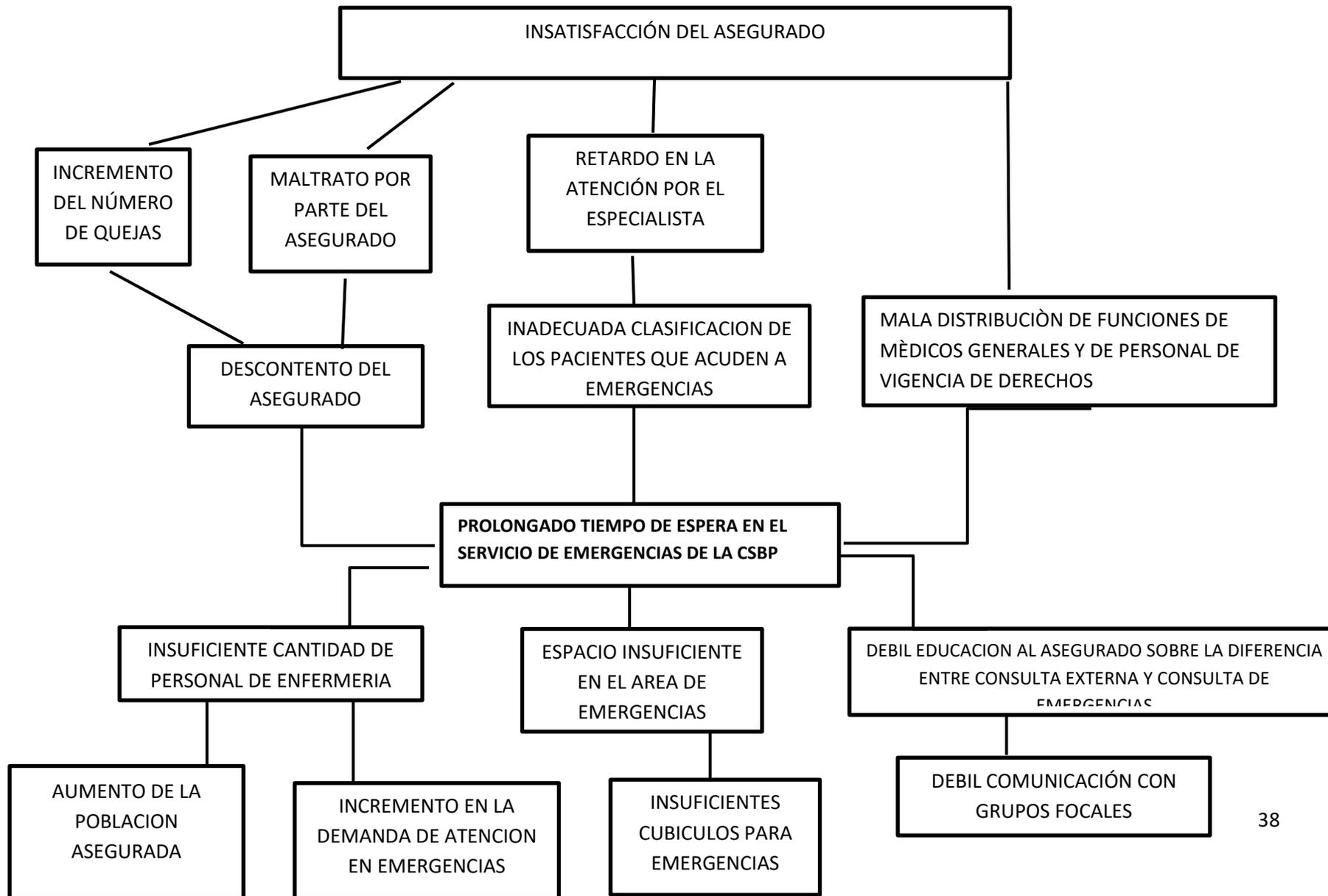
XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. W. Soler, M. Gómez Muñoz, E. Bragulat, A. Álvarez. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Pamplona 2010
2. Ruiz L. Claves para la gestión clínica. Madrid: Mc Graw Hill 2004
3. Fortuny B. La gestión de la excelencia en los centros sanitarios. Barcelona: PFIZER; 2009
4. Zaragoza M, Calvo C, Saad T, Morán FJ, San José S, Hernández P. Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias 2009; 21: 339-345.
5. I. Ranca no- Garcia, J.C. Cobo-Barquin, R. Cachero-Fernandez, J.A. NOya-Mejuto. Triage en los servicios de urgencia de atención primaria (sistema de triaje en atención primaria). Semergen 2013;39(2):70-76
6. Ministerio de Salud y Deportes, PSRN, GTZ. Gestión de calidad en centros de salud. La Paz: GTZ 2003
7. MedinaJ, Ghezzi C, Figueredo D, León D, Rojas G, Cáceres L, Kegler J, Orue C, Dávalos H, Canata M, Recalde L. Triage: Experiencia en un Servicio de Urgencias Pediátricas. Paraguay, 2005
8. Ministerio de Salud y Deportes. Guía básica de conducto médico sanitaria. La Paz: MSD 2008
9. Caja de Salud de la Banca Privada. Plan estratégico institucional 2016-2020
10. Caja de Salud de la Banca Privada. Modelo de atención 2016
11. J. Gómez Jiménez; Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL NOSTRA SENYORA DE MERITXELL. PRINCIPAT D'ANDORRA; Emergencias 2003;15:165-174

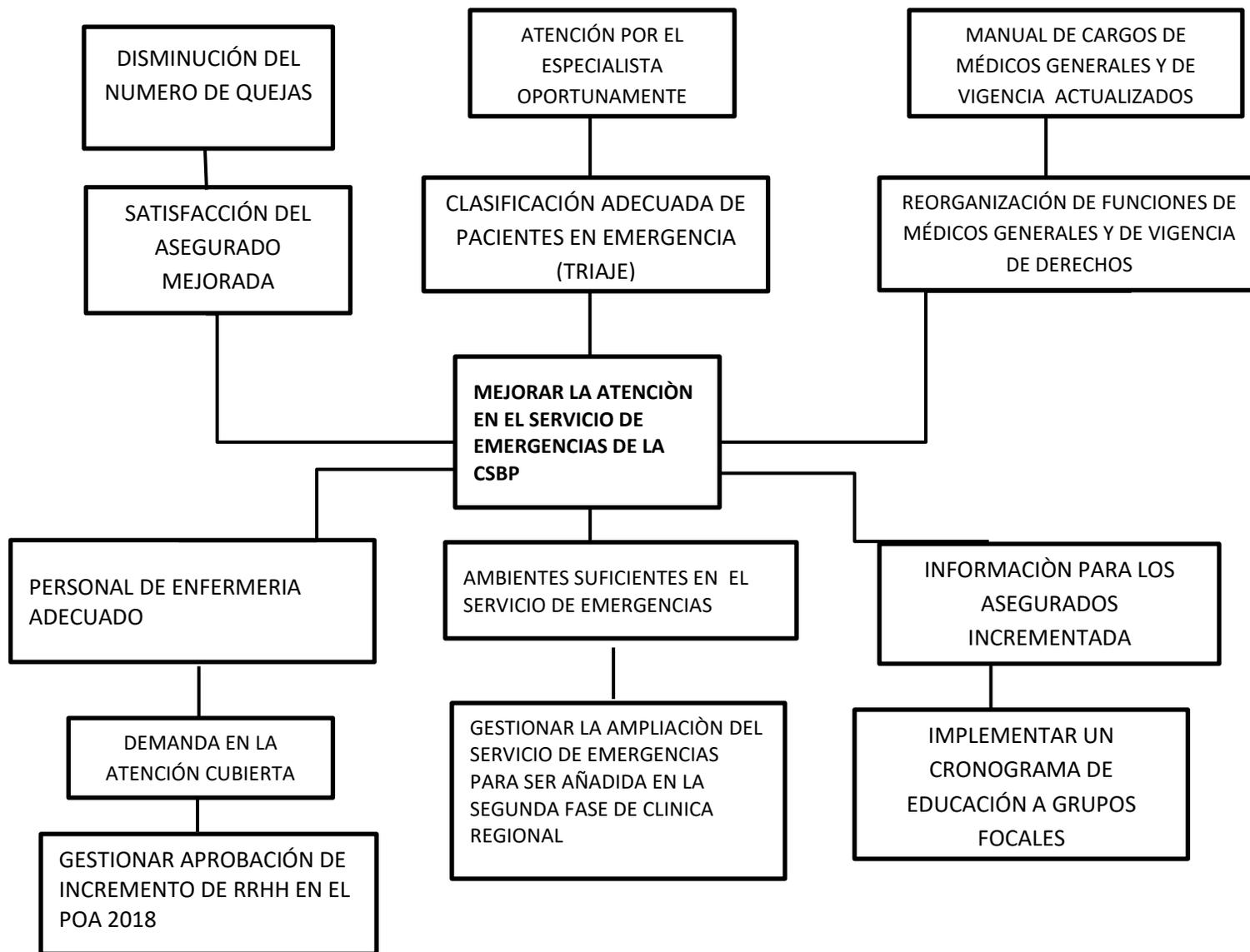
12. Soler, Gomez Muñoz, E. Bradulat, A. Alvarez: El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias; Hospital Central de Asturias, Hospital Clínic Barcelona, Hospital Virgen del Camino.
13. Gomez Jimenez Josep; Urgencias, gravedad y complejidad: Un constructo teórico de la urgencia basado en el Triage estructurado. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Vol. 18, Nº. 3, 2006, págs. 156-164
14. Cuartas Alvarez Tatiana, Castro Delgado Rafael, Arcos Gonzales Pedro; Aplicabilidad de los sistemas de triaje pre hospitalarios en los incidentes con múltiples víctimas, de la teoría a la práctica. Avilés, España. Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre, Universidad de Oviedo, España.
Emergencias 2014; 26: 147-154
15. Tomas Hernandez Ruipérez, Cesar Leal Costa, María de Gracia Adanez Martinez, Bartolomé García Pérez, Daniel Nova Lopez, Jose Luis Diaz; Evidencias de validez del sistema de Triage Emergency Severity Index en un servicio de urgencias de un hospital general. Emergencias 2015;27:301-306.
16. Josè Esteban Luna Almanza; Estudio Aleatorio de tiempos de espera de pacientes según niveles de prioridad. Servicio de emergencias Hospital Nacional Arzobispo Loayza Junio 2004
17. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad Grupo de Trabajo SEMES- Insalud. emergencias 2001;13:60-65

XVIII. ANEXOS

18.1 ÁRBOL DE PROBLEMAS



18.2 ÁRBOL DE OBJETIVOS



18.3 MATRIZ DE MARCO LÓGICO

	OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN:	Mejorar los procesos de calidad de atención en el servicio de emergencias de la CSBP	Modelo de atención en el servicio de emergencias implementado en un 80%	Registros y estadísticas del servicio de emergencias de la CSBP	El personal de salud transmite las experiencias a futuras generaciones
PROPOSITO:	Tiempo de espera en el servicio de emergencias de la CSBP mejorado	90% de los procesos de atención en emergencias de la CSBP implementados de acuerdo a normas.	Informes trimestrales	Predisposición del personal de emergencias para cumplimiento de normas y procesos realizados
COMPONENTES:	R1. Implementado un nuevo proceso de atención en el servicio de emergencias	90% del proceso de atención en emergencias implementado	Informes trimestrales	Aceptación a la intervención por el personal de la CSBP
	R2. Incremento de RRHH en el POA 2018 aprobado	Personal en emergencias completo en un 100%	Planillas del personal de emergencias Estadísticas	Sostenibilidad del incremento

	R3. Ampliación en infraestructura del servicio de emergencias	85% de ampliación	Incremento de cubículos en emergencias	Menor tiempo de espera.
	R4. Usuarios satisfechos	80% de usuarios satisfechos	Encuestas de satisfacción Registro de atenciones médicas realizadas y tiempo de espera en el servicio de emergencias	Todos los usuarios gozan de los beneficios de la intervención.
ACTIVIDADES	1.1. Implementar el sistema de triaje	90% de sistema de triaje implementado	Informes trimestrales	Pacientes adecuadamente clasificados
	1.2. Realizar 3 capacitaciones al personal del servicio de emergencias en sistema de triaje	90% del personal de emergencias capacitado	Evaluaciones trimestrales y aprobadas. Lista de asistentes a capacitaciones.	
	1.3. Reuniones de seguimiento con jefes de servicio y personal de emergencias	Dos reuniones con autoridades regionales	Avances de cada reunión	Voluntad y compromiso de los actores.
	2.1. Actualizar manual de cargos y funciones de médicos generales, enfermería y vigencia de derechos	95% de manuales de cargos actualizados y validados	Manuales realizados	

	2.2.Gestionar aprobación de incremento de personal en POA 2018 con autoridades regionales	Defensa y aprobación del POA a nivel regional	POA aprobado	La institución cuenta con los recursos suficientes para la contratación del personal
	3.1. Realizar Reuniones con autoridades regionales para la gestión de recursos para ampliación del servicio de emergencias.	Tres reuniones con autoridades regionales	Avances de reunión	Capacidad de gestión de las autoridades regionales
	3.2. Coordinar actividades con el departamento de infraestructura	Tres reuniones con equipo de infraestructura	Actas de reunión Avances de reunión	Capacidad técnica de los involucrados
	3.3. Elaborar cronograma de actividades en infraestructura del servicio de emergencias	Avances del cronograma	Informes	
	4.1.Reuniones con grupos focales de los asegurados de la CSBP	Reuniones trimestrales	Avances de reunión Actas de reuniones Estadísticas en las atenciones del servicio de emergencias	Compromiso de los representantes de cada entidad que pertenece a la CSBP
	4.2. Socializar información a instituciones por Encargado Regional de atención al asegurado	Informe de encargado de atención al asegurado	Seguimiento de informes	Entidades informadas

	4.3.Realizar seguimiento de los resultados de las encuestas de satisfacción al asegurado	80% de satisfacción del asegurado en el servicio de emergencias	Informe de encuestas de satisfacción	Encuestas realizadas
--	------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------------------------	----------------------

18.4 PRESUPUESTO

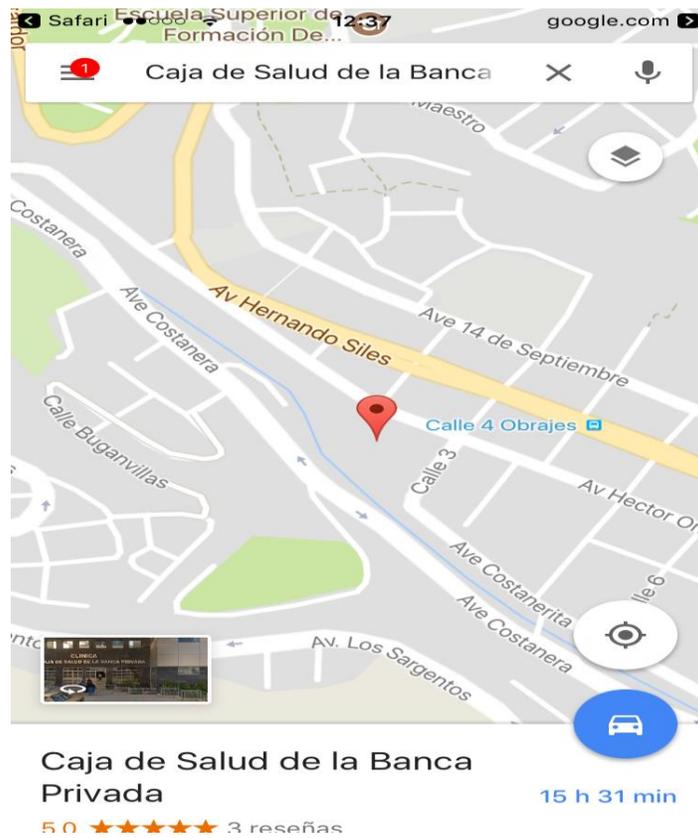
Partida	Concepto	Cantidad	Unidad	Duración	Unidad	Precio Unidad (Bs)	Precio Total (Bs)
2000	MOBILIARIO						
	mesa computadora	1	mesa		1	350,00	350,00
	silla giratoria	1	silla		1	300,00	300,00
2001	EQUIPOS DE OFICINA						
	calculadora	1	calculadora		1	20,00	20,00
2002	EQUIPOS PROCESO INFORMACION						
	computadora	1	unidad		1	5.600,00	5.600,00
	impresora	1	unidad		1	1.400,00	1.400,00
2003	OTROS						
	refrigerio en el taller para Facilitadores	20	refrigerios	1 mes	1 mes	8,00	1.600,00
	refrigerio taller para participantes	350	refrigerios		350	8,00	2.800,00
2004							

	OTROS GASTOS						
	material educativo (trípticos)	2,000	Triptic os		2.000	0.50	1.000,00

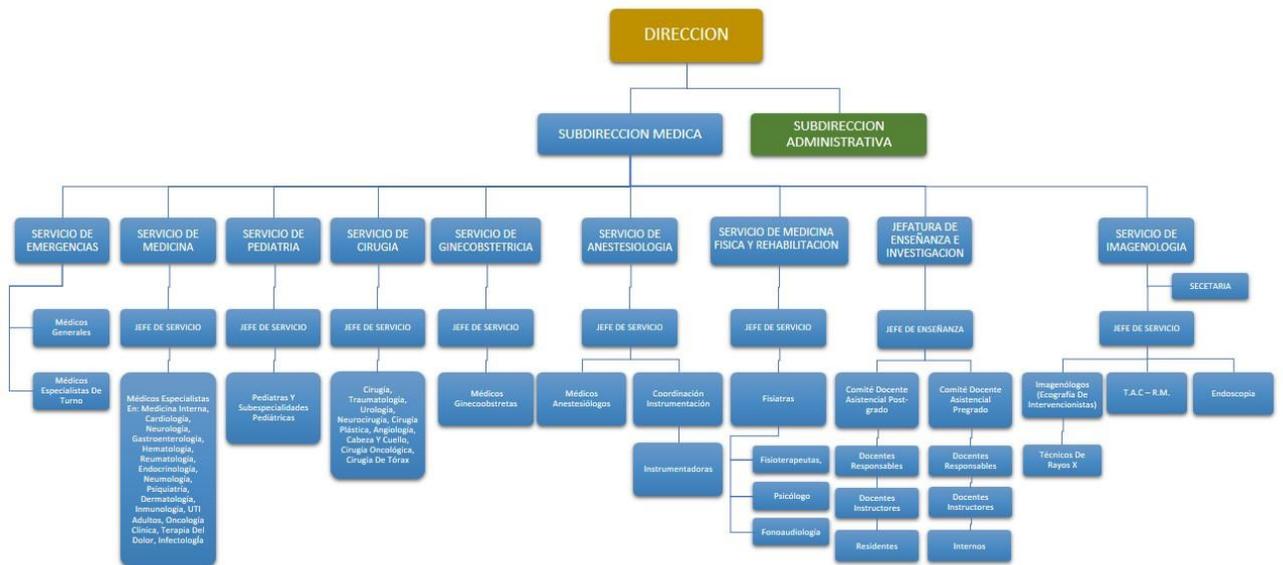
TOTAL: Bs. 13.070,00

18.5 MAPAS DE UBICACIÓN DEL PROYECTO

FIGURA Nª 1
MAPA DE UBICACION DE LA CLINICA DE LA CAJA DE SALUD DE LA
BANCA PRIVADA



18.6 ESTRUCTURA INSTITUCIONAL O COMUNITARIA



18.7 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES										
ACTIVIDADES	UBICACIÓN TEMPORAL									
.	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9 10	Mes 11
Identificación del problema, elaboración de documento de propuesta										
Planeación del proyecto propuesto										
Evaluación Ex - ante										
Desarrollo y elaboración del modelo propuesto										
Evaluación simultanea										
Evaluación Final										
Evaluación Ex - post										

18.8 DIAGRAMA DE GANTT

ID	NOMBRE DE LA TAREA	DURACION	COMIENZO	Julio-17	AGOSTO 2017 SEPT. 2017	oct-17	dic-17	abr-18	jul-18
1	PLANIFICACION	3 meses	lunes 03/07/17						
2	Elaboración de propuesta	1 mes	03/07/2017						
3	Planeación del proyecto	2 meses	07/08/2017						
4	Evaluación ex ant	15 días	21/08/2017						
5	IMPLEMENTACIÓN	6 meses	02-oct-17						
6	Elaboración de procedimientos	2 meses	02/10/2017						
7	Aplicación de los procedimientos	4 meses	11/12/2017						
8	EVALUACIÓN	2 meses	09/04/2018						
9	Evaluación simultanea	2 meses	09/04/2018						
10	Evaluación final	1 mes	11/06/2018						
11	Evaluación ex post	1 mes	09/07/2018						

18.9 SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO

INDICADORES PARA EVALUAR LOS RESULTADOS

	TIPO DE INDICADOR		
	ECONOMICOS	DE RESULTADO	DE RENDIMIENTO
CONSULTAS EN EMERGENCIAS	Costo del proceso Costo de urgencia no ingresada	Consultas totales Demora media	Nro. de consultas
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS	Facturación global en procedimientos extraídos	Demoras en procedimientos Nº de procedimientos	Nro. de procedimientos
INDICADORES DE CALIDAD		<ul style="list-style-type: none"> - Información - Seguimiento de protocolos - Satisfacción del usuario - Otros 	
GLOBAL	Costo total del servicio	Satisfacción del usuario	