



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CAPACIDAD RESOLUTIVA ADECUADA DE LA**  
**UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL**  
**SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL REGIONAL**

**TUMBES II – 2, 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERÍA EN**  
**CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO**

**AUTORA**

**Lic. EMYLEEN LISETTE GUERRA IZQUIERDO**

**ASESORA**

**Mgr. Enf. LEDA MARIA GUILLEN SALAZAR**

**CHIMBOTE – PERÚ**

**2018**

# **JURADO EVALUADOR**

**Dra. MARTINA MIRTHA CABEZUDO TORRES**

**PRESIDENTE**

**Mgtr. ROSA MARIA SANCHEZ NAZARIO**

**MIEMBRO**

**Mgtr. JOSE ORLANDO CHERO CUSTODIO**

**MIEMBRO**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, el Divino Niño y el Señor  
Cautivo de Ayabaca; por cuidar y  
proteger a los míos.

A mis hijos, esposo y padres por  
impulsarme hacer cada día mejor.

## **DEDICATORIA**

A mis padres; por ser siempre mi mejor ejemplo y mejor guía; enseñándome que la vida está hecha de competencia y si no somos competentes no somos grandes.

Mi esposo que me demuestra su apoyo que el ser un buen profesional no nos limita hacer una gran persona.

Y a mis hijos por ser pacientes, en cada uno de los días que sacrificamos estar juntos por ser mejor para ellos.

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
JURADO EVALUADOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
I. PRESENTACIÓN	1
II. HOJA DE RESUMEN	3
2.1. Título del Proyecto	
2.2. Localización (Distrito, Provincia, Departamento, región).	
2.3. Población beneficiaria.	
2.4. Institución que lo presentan.	
2.5. Duración del proyecto.	
2.6. Costo total o aporte solicitado del aporte propio.	
2.7. Resumen del Proyecto.	
III. JUSTIFICACIÓN	06
IV. OBJETIVOS	32
V. METAS	33
VI. METODOLOGÍA	35
6.1. Líneas de acción y/o estrategias / intervención.	35
6.2. Sostenibilidad del proyecto.	44
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.	45
VIII. RECURSOS REQUERIDOS.	51
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES.	55
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES.	74
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES.	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXO	80

## **I. PRESENTACIÓN**

Los problemas relacionados con la estructura y función de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina del hospital, son tan complejos como la estructura de los mismos. Esta complejidad es por la posesión que ocupa dentro del hospital; así como por la singularidad de la doble orientación que proporcionan como es de realizar procedimiento y brindar atención al paciente crítico.

Es por eso que su orientación; es conseguir una atención adecuada satisfaciendo sus necesidades y demandas del paciente crítico.

Las posibilidades de que la satisfacción del paciente y familiar se den dependen del servicio que se les brindan es de alto costo, y las actividades que se realizan en la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina está presidida por buena gestión y desempeño de las coordinadoras de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina. Esto genera una nueva dimensión de su función, que va más allá de la simple satisfacción del paciente, sino en una mejora en la atención del paciente hospitalizado.

El objetivo de alta capacidad resolutive es un proceso dinámico y continuo y así consiguiendo a la vez la satisfacción de las necesidades del paciente crítico.

Por ello, nos vemos en la necesidad de iniciar un proceso de cambio a fin de mejorar la capacidad resolutive de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes II – 2 y planteamos este trabajo académico “Capacidad Resolutive Adecuada de la Unidad de Cuidados

Intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes II – 2”;

teniendo en cuenta su infraestructura, sus recursos humanos, materiales, capacidad y gestión de calidad; cuya finalidad es controlar y corregir los riesgos que atentan contra la salud y el bienestar del paciente.

En este trabajo académico encontraremos toda la metodología de cómo llegamos al problema, el planteamiento del problema, el planteamiento de objetivos y plan de trabajo; se utilizó el modelo de proyecto de intervención del SNIP y el esquema de Percy Bobadilla.

## **II. HOJA RESUMEN**

### **2.1. TÍTULO DEL PROYECTO:**

“CAPACIDAD RESOLUTIVA ADECUADA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE TUMBES II - 2”.

### **2.2. LOCALIZACIÓN:**

DISTRITO : TUMBES

PROVINCIA : TUMBES

DEPARTAMENTO : TUMBES

REGIÓN : TUMBES

### **2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA:**

Pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes.

**Beneficiarios Directo:** Usuarios hospitalizados.

**Beneficiarios Indirectos:** Personal asistencial del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes II- 2.

### **2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:**

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Escuela Profesional de Enfermería.

Especialidad: Enfermería en Cuidados Intensivos del Adulto.

Hospital Regional de Tumbes II – 2.

### **2.5. DURACIÓN DEL PROYECTO:**

3 años

**COSTO TOTAL:**



## 2.6. RESUMEN

Este trabajo académico denominado “Capacidad Resolutiva Adecuada de la Unidad de Cuidados Intermedios del servicio de medicina Hospital Regional Tumbes II – 2, 2017”, surge por iniciativa e interés de la investigadora, que durante los años de experiencia profesional en la institución y como enfermera asistencial del servicio de medicina, hacia el traslado del paciente a la unidad de cuidados intensivos donde se realiza la atención del paciente crítico que este conlleva brindar cuidados específicos además de realizar una serie de procedimientos; materiales, equipos insuficiente teniendo en cuenta al personal que tiene que estar capacitado, para la atención del paciente crítico.

Por ello, el presente trabajo académico, busca gestionar dotación de materiales y equipos, recursos humanos calificados que cumplan con los estándares de calidad de eficiencia y eficacia.

Por lo cual se establecen como líneas de acción, la gestión y capacitación, cuyas actividades involucran al Director del Hospital Regional de Tumbes, aplicando también conocimientos y se proponen planes de acción como: Remodelación y mejoramiento de la infraestructura, adquisición y reposición de equipos mobiliarios, mantenimiento a los equipos y mobiliarios, capacitación de socialización en el manejo de equipos. El personal técnico y otro tipo de profesional deberán elaborar documentos de gestión como guía de procedimiento para cada etapa de los equipos y mobiliario que se adquiera: limpieza, desinfección, almacenamiento y mantenimiento.

Además de incluir y elaborar un plan de capacitación y formación del personal asistencial de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.

Como personal asistencial del servicio de medicina espero aportar con la capacidad resolutive adecuada de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes II – 2, con la finalidad de que nuestros pacientes críticos tengan a disminuir la tasa de morbimortalidad y prestar servicios de calidad y seguridad para el paciente.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

En el área de cuidados intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes; viene existiendo una problemática relacionado a la capacidad resolutive de la unidad de cuidados intermedios. La unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina es un establecimiento de segundo nivel de atención II-2, que brindan a los pacientes críticos y que vienen realizando una serie de procedimientos.

La unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina no cuenta con un ambiente adecuado para dichos procedimientos y atención del paciente crítico. Alguno de estos procedimientos requiere que el personal que asiste debe tener conocimiento acerca de lo que puede hacerse en caso de complicaciones; además de ser un ambiente con escaso equipamiento que no comprenden con soporte hemodinámico y cateterismo vascular, trauma y neurointensivismo, además de no contar con un coche de paro, desfibrilador, ya que se trata de dar una atención con enfoque integral y sistémico.

No se cuenta registro de productividad de procedimientos, a estas actividades, así como un adecuado control patrimonial de los diferentes set, equipos y mobiliarios, generando constantes pérdidas de piezas en forma aislada y hasta en otras oportunidades ser completos, generando tiempo de espera prolongado e incomodidad tanto para el paciente y médico tratante.

La coordinadora de enfermería del servicio de medicina encargada de la unidad de cuidados intermedios ha solicitado en reiteradas oportunidades que se implemente la unidad del paciente crítico con lo indicado y necesario, que se trate

de modificar los registros de complicaciones y ocurrencia, y guías de enfermería de los daños más frecuentes, pero hasta la fecha no han atendido su demanda.

Para amortiguar un poco la problemática y así disminuir la morbimortalidad de los pacientes críticos de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.

La población afectada son los pacientes críticos hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios en el servicio de medicina (hombres, mujeres) sometidos a los diferentes procedimientos, quienes están propensos a adquirir complicaciones.

Así mismo, los pacientes son afectados por las dificultades que presentan al momento de realizarlo, no se encuentra adecuadamente preparado, esterilizado o mal armado, muchas veces en ocasiones de desgaste.

El presente trabajo académico busca gestionar la capacidad resolutive adecuada de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes y capacitación del personal asistencial y tenga una adecuada implementación de equipos y materiales además de recursos humanos calificados que cumplan con los estándares de calidad, eficiencia y eficacia.

Además, se propone planes de elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales, capacitación, supervisión y monitoreo utilizando los métodos de verificación de indicadores.

Los beneficiados con este trabajo académico; tenemos beneficiario directo que son los pacientes críticos que se encuentra en la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes II- 2 y beneficiarios indirectos que son el personal asistencial de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes II - 2.

Es por eso que el presente trabajo académico contribuirá en reducir las complicaciones y la morbilidad del paciente crítico. Así se logrará fortalecer la capacidad resolutoria de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina, mejorando su capacidad de gestión. Se incrementará la calidad de atención del personal asistencial del servicio de medicina, finalmente se logrará mejorar el acceso a la atención médica y la satisfacción del paciente en condiciones críticas.

La Constitución Política del Perú, la Ley N°26842, Ley General de Salud, entre otras, constituyen el marco legal con que el Ministerio de Salud establece sus Lineamientos de Política del Sector a fin de garantizar el derecho ciudadano de acceso a servicios de Salud adecuados con una atención integral de salud con equidad y eficiencia (1).

Es así que el MINSA, inicia la Reforma del Sector Salud fomentando la expansión del acceso a una atención materno infantil de calidad para la población de menores recursos. Entre sus objetivos específicos busca mejorar la cobertura y calidad de los servicios a través de inversiones de carácter integral, que garanticen la eficiencia en el uso de los recursos públicos y que conduzcan a un proceso de modernización y reforma de salud en el Perú (2).

Los retos de reforma es extender las mejoras en el estado de salud a toda la población y considera como tal; instaurar cultura de prevención y protección de la salud en la sociedad, incrementar la cobertura de salud a más peruanos, mejorar los servicios para que respondan a las necesidades y expectativas de la población, aliviar la carga financiera de los hogares (2).

Como enfermera me intereso y me preocupo por mejorar la calidad del servicio para que el paciente crítico y familiares del mismo se sientan satisfechos en la atención brindada.

Capacidad Resolutiva para el usuario de los sistemas de salud, adquiere mucha importancia la percepción de la resolución del problema de salud que lo aqueja y por el cual acude a solicitar atención, y es más aún, considera la recuperación de su estado de salud, de manera tal que le permita gozar de una buena calidad de vida (3).

La valoración de la satisfacción frente a la atención recibida es un factor considerado determinante en el éxito de un tratamiento y de la adhesión, por parte del usuario, a la institución que cuida de su salud. Esto tiene implicancias tanto a nivel personal como también en el buen funcionamiento del sistema de salud y su correspondiente imagen ante la opinión pública. Así mismo o también considera la capacidad resolutiva como un resultado de la atención, desde el momento en que este se entiende como un cambio en el estado de salud que pueda atribuirse a la atención precedente en salud (3).

El modelo de atención de salud vigente en el sistema público de salud de Chile, consiste en una red de establecimientos organizados en una estructura tipo planetaria, jerarquizados en niveles de complejidad creciente, con accesibilidad graduada de acuerdo a estos niveles de complejidad (4).

La red asistencial, antes mencionada, fue concebida considerando que las múltiples y variadas demandas de la población en materia de enfermedad no pueden ser resueltas por un solo establecimiento, sobre todo, cuando se toma en

consideración la gran complejidad de la demanda en todos los niveles. Por otra parte, la dotación de recursos a cada uno de los componentes de la red, es de tipo diferenciada y en “concordancia” con el rol que cada sector-nivel debe cumplir y a las prestaciones que les corresponde entregar a la población. Esta modalidad de atención presupone procesos de derivación de pacientes, en forma fluida de uno a otro nivel de atención según las necesidades, y una capacidad resolutive que debe entenderse como un atributo de la red y de sus establecimientos componentes, y además debe establecer las debidas relaciones entre la demanda de prestaciones y la oferta de ellas (4).

La calidad asistencial comprende todos los niveles de complejidad de la red, por cuanto la resolutive y la calidad de la atención a las demandas y necesidades de salud de la población, constituyen un continuo y una respuesta propia del sistema de salud pública. La capacidad que tiene un establecimiento o bien una red de ellos, para atender personas que solicitan atención, se ha considerado como capacidad resolutive vinculada con la accesibilidad a los servicios de salud. Este término incluye un concepto geográfico, el que dice relación con la ubicación y el cómo llegar a los establecimientos, y otro que es de tipo socio institucional, el cual involucra el término “rechazo” a la demanda de atención (5).

En un sentido amplio, el rechazo se define operacionalmente no solo como la falta de atención cuando esta es solicitada, sino que además debe incorporar temas como la demora o dificultades que enfrenta el usuario para acceder a instancias de diagnóstico y tratamientos oportunos (6).

La accesibilidad a los establecimientos de atención primaria de salud (APS) es en general muy buena, en términos de distancia desde el hogar de los usuarios y

de compatibilidad de horarios de atención con las necesidades de un alto porcentaje de pacientes. Sin embargo, la capacidad resolutoria se ve comprometida por largos tiempos de espera. De hecho, cerca del 70% de los usuarios en la APS deben esperar más de una hora antes de recibir atención. La espera, en general, es causa de insatisfacción del usuario, el cual, la califica reiteradamente de “poco humana” (7). En este sentido, el alto grado de importancia que el usuario le atribuye a este aspecto, debe movernos a la reflexión sobre el tema, e idealmente movilizar los recursos necesarios a nivel local para evaluar, intervenir, corregir y controlar el desempeño de los procesos involucrados (7).

En APS no es posible dejar de relacionar, los “rechazos” con las listas de espera tanto a nivel interno, como en el caso de las interconsultas con especialistas y para tratamientos quirúrgicos. Dramático puede ser el caso de la espera, a nivel de consultorios, por atención odontológica, la que incluso puede prolongarse por años (7).

Las dificultades en el acceso socioinstitucional, incluso por encima de razones personales y económicas, son las razones que lo usuarios describen como causales de la no mejoría de su enfermedad. De esta manera se destaca la responsabilidad atribuida al mal funcionamiento de las redes asistenciales en la inoportunidad y/o definitiva no resolución de sus problemas de salud. Si bien existen canales formales para coordinarse entre los diversos niveles de atención, estas se muestran escasas e ineficientes o bien parecen no ser aprovechadas para la comunicación, análisis de situaciones problema y generar situaciones consensuadas de cambio para la mejora del funcionamiento global de las redes (7).



Parcialmente, esto puede considerarse como una consecuencia de la escasez de recursos frente a la gran demanda asistencial, lo que impediría dedicar tiempo a actividades de coordinación. Aparentemente, tampoco parece existir una cultura de comunicación entre los niveles de las redes en beneficio de los pacientes como consecuencia, quizás, de un sentimiento de no pertenencia al mismo sistema público de salud (doble dependencia técnico-administrativa en la APS) (8).

El análisis de la capacidad resolutive de los establecimientos de APS, desde una perspectiva cualitativa, demuestra también, resultados limitados, reducidos y empobrecidos en sus contenidos, brindando una atención restringida, de regular calidad, con un fuerte énfasis asistencial y curativo, esto explicado en parte por la lógica del antiguo sistema FAPEM, la cual promueve la contabilización de actividades para obtener financiamiento. Esto ha producido una evidente debilidad en la evaluación de la función del sistema de salud a nivel local (8).

La orientación centrada en la producción, con mínimas referencias a productividad adecuada, sin orientación a resultados locales concretos, no entrega elementos para desarrollar una capacidad resolutive de calidad, ni para comprobar si se están corrigiendo las brechas de inequidad en la atención del sistema público de salud (7).

El nuevo modelo de atención propuesto, condensado en el plan de Salud Familiar, promueve la reordenación de las acciones hacia un enfoque educativo, preventivo y promocional, promulgando el aporte de recursos a la APS, fortaleciéndola, aumentando la disminuida oferta de acciones preventivo-promocionales, modificando el objeto de los cuidados de salud desde el síntoma y/o enfermedad hacia el individuo y su contexto psicosocial (8).

Consideramos que esto no ha sucedido aún en la proporción deseada, debido a que la demanda asistencial todavía sigue copando la mayor parte de los insuficientes recursos entregados a los establecimientos de atención primaria, lo que evidentemente repercute en la calidad y en la real capacidad resolutive de las atenciones de salud. En este contexto, la metodología de trabajo en equipo cobra real importancia en la organización y planificación del quehacer en salud al interior de los establecimientos de APS. Los equipos de salud privilegian la calidad de la atención, desde la perspectiva profesional, respecto de la eficiencia del recurso humano y tecnológico que permiten resolver las necesidades de salud de la población (9).

El Ministerio de Salud en el Perú, en el año 2005, aprueba la Norma Técnica Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, que tiene como finalidad fortalecer la función gerencial de control interno institucional a fin de promover la calidad y la mejora continua. Su objetivo es de establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la realización de la auditoria de la calidad de atención en salud orientados a estandarizar el trabajo de los auditores y obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud (9).

El Ministerio de salud en el Perú, en el año 2005 en la Norma Técnica Categorías de Establecimiento del Sector Salud; considera la oferta como: Capacidad resolutive que es la capacidad que tiene la oferta de servicios, para satisfacer las necesidades de salud de la población en términos cuantitativo es la capacidad que tienen los recursos de un establecimiento para producir la cantidad de servicios suficientes para satisfacer el volumen de necesidades existentes en la

población (depende de la cantidad de sus recursos disponibles y cualitativo es la capacidad que tienen los recursos del establecimiento para producir el tipo de servicios necesarios para solucionar la severidad de las necesidades de la población depende de la especialización y tecnificación de sus recursos (10).

Y la estructura está constituida por recurso humanos físicos y tecnológicos que determinan la capacidad resolutive de la oferta en términos de tamaño es referido a la cantidad de los recursos para producir servicios de salud en relación al volumen de necesidades de una población y nivel tecnológico está relacionado al grado de especialización y tecnificación de los recursos necesarios para producir salud en función a la severidad de las necesidades de una población (Determina la capacidad resolutive) (10).

Según Biltran, R (1999), la demanda por servicios de salud es la cantidad de atención medica de un cierto tipo, que una o más personas están dispuestas a obtener, durante un cierto periodo de tiempo, por uno o más proveedores, en función de las características de las personas y los proveedores. El empleo de estos conocimientos se dirige a identificar o desalentar el consumo de determinados productos o servicios para modificar las barreras y obstáculos de utilización de los bienes desde el lado de los usuarios o consumidores particularizando los mecanismos hacía los grupos de población particulares a través de programas informativos (11).

La demanda cualitativa. Se refiere a las necesidades de salud que motivaron la demanda por servicios de salud (diagnósticos) teniendo en cuenta la severidad (mínima o alta). La severidad es una característica cualitativa de las necesidades a partir de la cual se determina el grado de complejidad (capacidad resolutive

cualitativa y nivel tecnológico de los recursos humanos, físicos y tecnológicos) de la oferta de servicios para dar una respuesta adecuada a la demanda (10).

La oferta, el estudio de servicios de salud deben ser establecidas en base a las necesidades sentidas de atención en salud de una población, las cuales representan a la demanda y para proveer los servicios de salud deben incluir un análisis económico para concretarse así en una respuesta social organizada. A la vez los estudios de los factores propios de la oferta como la productividad, equipamiento y organización facilitan un estudio ordenado para compensar la demanda establecida dentro de una población. En si hace referencia a la disponibilidad de servicios de salud, ofrecidos por las instituciones vinculadas al sector salud para satisfacer la demanda (11).

Por otro lado, el MINSA (2005), señala que la oferta está constituida por los recursos humanos, de infraestructura, equipamiento, tecnológicos y financieros organizados adecuadamente para solucionar las necesidades de salud de una población (10).

Arredondo, A y Recaman A (2001), refieren que la oferta estudia la dinámica de factores estructurales dentro de la prestación de servicios, tales como la productividad, el patrón de equipamiento y los esquemas de organización y financiamiento que caracterizan los servicios de salud n, en función del monto, tipo y combinación de recurso para el proceso de producción de los procedimientos de cada alternativa e incluye también los aspectos relacionados con la tecnología (12).

En concreto la mayoría de los estudios realizados sobre el análisis de la oferta se han basado en indicadores. Según Sanabria C, señala que “En el caso de la oferta de los servicios de salud, normalmente vinculados a indicadores parciales como producción por el médico o producción por la enfermera, número de atendidos o número de atenciones por establecimiento, no nos da una idea cabal de todas las actividades desarrolladas en los establecimientos de salud son entidades que utilizan una serie de recursos, y que estos recursos, además, no actúan solamente cumpliendo una función, sino múltiples funciones de manera combinada y generalmente no estandarizadas ” (13).

El balance oferta – demanda de servicios de salud debe permanecer en constante equilibrio donde se satisfagan las necesidades de la población afectada Ruales, J (2004), señala que el análisis de los servicios de salud debe comenzar por el análisis de las necesidades, expectativas y demandas de una población y considera que es un verdadero desafío para los servicios de salud al que deben responder considerando a las personas en un contexto familiar y comunitario. El modelo de atención determina la interacción entre la oferta y la demanda (14).

Según Luna, F y Morales, B (2010), refieren que el balance entre la oferta y la demanda está representado por la diferencia entre la demanda efectiva y la oferta optimizada sostiene que: Si el resultado es positivo se considera que existe una brecha o demanda deficitaria o insatisfecha. Si la oferta es optimizada es mayor que la demanda efectiva, indica que con los recursos existentes es perfectamente posible atender la población que requiere los servicios de salud y no cuenta con ellos. De este modo indica, que se debe analizar cuál es realmente el problema que genera una sub utilización de los servicios (15).

El Ministerio de Salud (MINSA) del Perú reconoce que, la calidad en la prestación de salud es una preocupación fundamental en la gestión del sector, e indica que el grado de calidad es la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario (9)

Así mismo, Luna, F y Morales, B. (2010) señalan que el balance de oferta y demanda de servicios de salud se pueden encontrar tres situaciones a tener en cuenta.

Brecha de cantidad o cobertura que está referido a la cantidad de servicios faltantes o sobrantes en un análisis oferta- demanda. Evaluada mediante cobertura de atención, que indica si el servicio de salud está llegando a la población que realmente lo necesita, puede tener su origen en la infraestructura o en los recursos humanos. Si a lo largo del horizonte del planeamiento la brecha es positiva, indica que la carencia de la oferta debe ser corregida mediante una ampliación, implementación de un nuevo servicio o construcción de un nuevo establecimiento. Así mismo, si a lo largo del horizonte del planeamiento la brecha es negativa, significa que la actual oferta optimizada está en condiciones de soportar la demanda efectiva actual y proyectada (15).

Brechas de calidad: se originan cuando las brechas son positivas, es decir, cuando la oferta optimizada es mayor que la demanda efectiva calculada, en este caso se cumple con las atenciones en los establecimientos analizados, pero sin tener en cuenta la calidad generan la insatisfacción del usuario interno y externo porque significa una menor eficacia del servicio, elevado riesgo de salud para el

usuario, alto riesgo profesional del personal, sobre costos de atención para el usuario, incumplimiento de protocolos de atención, etc (15).

Las brechas de calidad de atención se clasifican en déficit de recursos (diferencia entre recursos disponibles en infraestructura, equipo, recursos humanos, organización y los recursos necesarios establecidos en las normas técnicas de habilitación) y déficit de calidad de atención al usuario (en servicios administrativos como admisión, pagos, tiempo de espera, deficiente sistema de referencias, contra referencia, etc) y por último el déficit de calidad de gestión (procesos administrativos mal diseñados o ejecutados, demora en toma de decisiones, sobrecostos, etc) (15).

La diferencia entre las expectativas de beneficios (atributos) que espera obtener el usuario por un servicio y el nivel de satisfacción experimentando durante dicho servicio (percepción de calidad de servicios) (15).

Tenemos que las brechas de calidad y cobertura, se presenta en algunos casos donde los estudios muestran brechas de calidad y cobertura al mismo tiempo, como las brechas de calidad donde por ejemplo el recurso humano no sea lo suficiente como para cubrir la demanda de la población objetivo, y las atenciones que están brindando se hace de manera bastante restringida debido a que el recurso físico no se encuentra lo suficientemente implementado como para dar una oportuna atención en cantidad y calidad a la población demandante (15).

Las bases teóricas sobre el mejoramiento y ampliación de servicios de salud se presentan de la siguiente manera: Estudios desarrollados por Biltra, R (1999), muestra para el caso peruano una evolución favorable de la inversión pública en infraestructura de salud en los últimos años, sin embargo, los aspectos

distributivos que caracterizaron las mencionadas inversiones revelaron serias inconsistencias con los objetivos de equidad y eficiencia de la política de salud (11).

Madueño, M (2002), observo la desigual distribución de los recurso humanos y físicos, así como también la elevada concentración de inversiones referidas al incremento de establecimientos de salud ambulatorias, privilegiando el acceso a la atención primaria y preventiva, particularmente en el área materno – infantil la cual no se ajusta con el perfil de morbilidad de la población; al respecto en el Perú el perfil de la morbilidad, expresa problemas de salud diferentes como la salud mental, los accidentes de tránsito, violencia, la drogadicción y los desastres. La ampliación y mejoramiento de los servicios de salud, cobra importancia con los sustentos teóricos de la demanda asistencial insatisfecha del usuario que pueden derivar en incremento de la morbi – mortalidad (16).

Por lo expuesto en el presente trabajo permitirá al investigador colaborar en la disminución de la morbi – mortalidad, mejorar la demanda asistencial insatisfecha, mejorar la oferta y disminuir las complicaciones del paciente atendido en el área del tópico de enfermería (16).

La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Calidad en Salud, tiene a cargo el diseño y conducción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, así como brindar asistencia técnica para el mejoramiento continuo de la calidad en los procesos que se ejecutan en los servicios y establecimientos de salud. Que, dentro de este contexto en este mismo año 2006, se ha elaborado el Manual para la Mejora Continua de la Calidad según Ley N° 26842 “ Ley general de salud” y Ley N° 27657 “



Ley del Ministerio de salud” D.S. 007-2006-SA, que modifico el “Reglamento de organización y funciones del ministerio de salud” R.M. N° 519-2006-SA/DM, que aprobó el documento técnico: “Sistema de gestión de la calidad en salud”, cuya finalidad es estandarizar conceptos y uniformizar las herramientas y técnicas para la mejora continua de la calidad en los servicios y establecimientos de salud, la cual es aprobada por el Ministerio de Salud (17).

El Ministerio de Salud, en el año 2007 aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud con la finalidad de contribuir al incremento de la calidad y seguridad de la atención de salud; así como la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, que se brindan en los establecimientos de la red proveedora de servicios de salud. Su objetivo es de orientar, organizar y dirigir los procesos de garantía y mejora de la calidad destinada a lograr atención segura y efectiva, así como, la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios en la red proveedora de servicios de salud (18).

Según las normas técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de emergencia de establecimientos de salud en el Perú tienen como base legal la siguiente Ley General de Salud No. 26842 con su Decreto supremo N° 002-92-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; además del Decreto supremo N° 005-90-SA que aprueba el Reglamento General de Hospitales del Sector Salud, también el Decreto supremo No. 039-70-VI y decreto supremo No. 063-70-VI que aprueban el Reglamento Nacional de Construcciones y con la Resolución Ministerial No. 482-96-SA/DM que aprueba las Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria con su Resolución Ministerial No. 072-99-SA/DM todas estas leyes aprueban las

Normas Técnicas para el Diseño de Elementos de Apoyo para Personas con Discapacidad en los Establecimientos de Salud (19).

La unidad de cuidados intermedios está integrada por 01 enfermero (jefe de servicio), 01 enfermero asistencial por cada 03 pacientes, técnico de enfermería por cada seis pacientes, 01 técnico de enfermería para apoyo administrativo (19).

El Área Asistencial de pacientes de Diseño modular, abierto con visión directa desde la central; cada módulo tendrá un máximo de 06 camas que incluirá un cubículo para pacientes aislados; cubículos de disposición rectangular si es posible las separaciones de ambiente considerando una mejor visión, cableado oculto, acabados sin juntas, fácilmente lavables, resistentes y antisépticos; cada ambiente tendrá un área mínima de 12 m<sup>2</sup>; separación de 2.5 metros lineales entre dos camas, lavatorio de manos mínimo cada tres camas.

En otras áreas la estación de enfermería en posición central; tópicos de trabajo de enfermería, estantería de impresos utilizados rutinariamente; depósito de equipos e instrumental, stock de medicamentos e insumos (norma técnica).

Los recursos materiales tales como equipos biomédicos, necesarios para el funcionamiento y la atención en los servicios de cuidados intensivos e intermedios como listado de material fungible para cuidados críticos; equipos biomédicos por niveles de atención para cuidados críticos; equipos biomédicos por módulo del paciente y según niveles de atención. (19).

El ministerio de salud, en el año 2013 desarrollo lineamientos y medidas de reforma del sector salud; como lineamiento uno es potenciar las estrategias de intervención en salud pública, como lineamiento dos es fortalecer la atención

primaria de salud, como lineamiento tres es mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados, como lineamiento cuatro es reformar la política de gestión de recursos humanos, como lineamiento cinco es cerrar la brecha de aseguramiento de la población pobre, como lineamiento seis es extender el aseguramiento en el régimen subsidiado de acuerdo a criterios de vulnerabilidad, como lineamiento siete es fomentar el aseguramiento como medio de formalización, como lineamiento ocho es consolidar al seguro integral de salud como operador financiero, como lineamiento nueve fortalecer el físal como financiador de segundo piso, lineamiento diez aplicar nuevas modalidades de pago que incentiven la productividad y calidad de los servicios de salud, como lineamiento once fortalecer el financiamiento del seguro social de salud, esSalud, y por lineamiento doce fortalecer la rectoría del sistema de salud (20).

Este trabajo académico que se llevara a cabo tiene como lineamiento de base, el lineamiento tres mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados proponen que el MINSA continúe promoviendo la articulación de los servicios públicos, a cargo del MINSA y los gobiernos regionales, con otras redes de servicios, con el propósito de reducir la segmentación existente en el sistema de salud, y así generar las condiciones para una mejor utilización de la capacidad instalada (20).

Deberá continuarse con el desarrollo de los mecanismos institucionales (convenios, tarifarios) para facilitar el intercambio de servicios entre la red de prestadores del subsector público, los de EsSalud y de las sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, así como la compra de servicios con el sector

privado y otras redes (como el Sistema Metropolitano de la Solidaridad, Sisol) por parte del Seguro Integral de Salud (20).

Asimismo, proponen que se amplíe la inversión para mejorar el equipamiento y la infraestructura de la red hospitalaria y para atender una mayor cobertura de servicios especializados que son financiados por el Seguro Integral de Salud y el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL). Cabe señalar que las necesidades de inversión de la red hospitalaria, que se propone, serán resultado de una planificación articulada y conjunta a nivel sectorial e intergubernamental (MINSA, ESSALUD, sanidades, gobiernos regionales) (20).

En este marco, el subsector público deberá priorizar la mejora de la capacidad resolutive de los servicios de prevención, detección temprana, tratamiento recuperativo y paliativo de las enfermedades oncológicas (20).

De manera complementaria, el MINSA deberá promover la participación conjunta del sector público con el inversionista privado en la organización y gestión de los servicios hospitalarios, mediante las asociaciones público-privadas (APP). Estos esquemas de asociación permitirán compartir riesgos e incorporar la experiencia, conocimientos, equipos y tecnología del gestor privado, lo cual redundará en una mejora en la calidad de los servicios y la elevación del nivel de satisfacción de los usuarios externos (20).

En esta misma dirección, el MINSA deberá fortalecer la conducción, seguimiento y evaluación de los hospitales nacionales y regionales, y aplicar un programa sostenido de modernización de la gestión hospitalaria. Ello incluye el

diseño y puesta en funcionamiento de un organismo público ejecutor encargado de supervisar y mejorar la gestión de los hospitales (20).

Proponen que el MINSA, en coordinación con los gobiernos regionales y locales, continúe aplicando el Plan de Expansión Nacional del Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU), el cual permitirá gestionar integralmente el modelo del sistema de servicios y atención de urgencias y emergencias prehospitalarias en favor de la población con alto riesgo social y sanitario (20).

Se entiende por satisfacción del paciente la evaluación positiva que éste hace sobre las diferentes dimensiones de la atención médica recibida. La importancia de su evaluación está dada por varias razones como la medida de dicha variable permite conocer las percepciones del cliente acerca de los estilos de prácticas, de los aspectos administrativos y de las modalidades de tratamiento), como también la satisfacción está asociada a mejores resultados en la salud y al cumplimiento del tratamiento; además los niveles de satisfacción están ligados a la continuidad en el uso del servicio sanitario, lo cual se convierte en un indicador de calidad y, por tanto, conlleva una competitividad en el mercado, lo que tiene implicaciones en costes e imagen institucional y por última razón monitorizar la satisfacción es necesario considerando que el paciente depende de la eficacia del sistema (21).

A esto se debe agregar que, debido a las condiciones sociodemográficas de los países en vías de desarrollo, como es el caso de Venezuela, en ocasiones el usuario no tiene alternativas de acudir a otros centros (21).

La satisfacción del paciente es una variable mixta y compleja que se ha estudiado dentro de las ciencias sociales y de la salud. Actualmente hay poco

consenso en la determinación de los componentes asociados a ésta. Por tanto, las investigaciones en los últimos años han estado dirigidas a solventar dichos obstáculos. Hay autores que abordan la satisfacción del usuario desde una perspectiva psicológica planteando dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales de la asistencia médica proporcionada. Por su parte, otros investigadores conciben que la evaluación que hace el paciente implica predominantemente dimensiones de carácter organizacional (22).

En la satisfacción del usuario intervienen fundamentalmente dos factores: la expectativa y la experiencia, la diferencia entre ambas nos da como resultado el grado de satisfacción o de insatisfacción del usuario. Pero, en ambos factores influye los valores que tenga el cliente. En este sentido, es diferente el grado de satisfacción de un cliente que acude al hospital por primera vez que el de un paciente que acude al hospital en forma continua (23).

La calidad de los servicios sanitarios clásicamente se ha evaluado mediante los resultados directos e indirectos de la atención sanitaria desde el punto de vista de los profesionales sanitarios. Para evaluar la calidad de los resultados de la atención sanitaria es, sin embargo, imprescindible incorporar el punto de vista del usuario realizando estudios de satisfacción (24).

Donabedian (25) y Ware (26) han señalado la importancia y pertinencia de introducir la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud (calidad percibida) como parte y complemento de otras actividades de evaluación y mejora de la calidad asistencial ya que, sólo conociendo las expectativas y necesidades sentidas por los pacientes-usuarios, se puede proporcionar una correcta orientación de los servicios prestados. El paciente evalúa la calidad no sólo

valorando el resultado final, sino también en función de su percepción del servicio recibido (26).

Para que un servicio tenga la calidad adecuada debe, por un lado, cumplir unos estándares mínimos en la prestación del servicio desde el punto de vista del profesional sanitario, y por otro, satisfacer las necesidades y expectativas del cliente o receptor, siendo los criterios establecidos por los pacientes una parte fundamental de la evaluación de la calidad (25).

Para conocer la calidad percibida por el paciente-usuario es necesario considerar los cuatro elementos que, según A. Donabedian, integran la calidad de la atención: la accesibilidad, el componente tecnológico y científico, la relación interpersonal profesional sanitario-paciente y la confortabilidad del entorno. Estos cuatro elementos, junto a otras dimensiones como la información recibida, la competencia de los profesionales, el tiempo de espera, la burocracia, etc., consideradas necesarias para valorar la orientación del servicio al cliente, deben estar presentes en los estudios dirigidos a conocer el grado de satisfacción de los usuarios con la atención recibida. El objetivo final será detectar la presencia de problemas en la asistencia y establecer propuestas para mejorar la atención (25).

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios relacionados al proyecto, estos son los siguientes:

Díaz, J, Guinart, N, en Cuba 2007, desarrollo el proyecto “Capacidad resolutoria de los servicios de urgencias en la atención primaria”, su investigación fue un estudio observacional descriptivo y retrospectivo, su objetivo del presente trabajo es identificar la capacidad resolutoria de los servicios de urgencias del

Policlínico Docente Lawton durante el año 2005. Sus conclusiones es la elevada capacidad resolutive de los servicios de urgencias en la APS está sustentada en la capacitación del personal que allí labora, el soporte tecnológico indispensable, la posibilidad de observar y tratar casos en el cuerpo de guardia y el uso adecuado del ingreso en el hogar. Se requieren estudios más profundos para valorar en su justa dimensión la capacidad resolutive (27).

Feldman, L. Vivas E, en Venezuela 2006, desarrollo un proyecto de investigación “La Satisfacción Del Paciente Hospitalario: Una Propuesta De Evaluación”, su metodología se dio a partir de dos fases de estudio, se construyó el cuestionario Cuidado de su Salud durante la Hospitalización (CSH). Se realizó un análisis estadístico para la selección de los reactivos, un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax para la validez de constructo y el cálculo de consistencia interna (21).

Granados, S. Madrid 2008, realizo una investigación “Metodología para Evaluar la Satisfacción de los Pacientes de un Hospital Público”, tiene como objetivo validar en nuestro medio un cuestionario ya existente para valorar la satisfacción de pacientes hospitalizados, su metodología a llevarse a cabo es un estudio transversal descriptivo con validación de documentos analíticos de validación de cuestionario de calidad percibida de la atención hospitalaria, en conclusión los resultados de este estudio muestran una valoración positiva por parte de los pacientes de nuestro hospital que, si bien puede ser debida a que el funcionamiento del servicio sea óptimo, también hay que tener en cuenta que mediante la aplicación de cuestionarios es difícil profundizar en la opinión de los pacientes y que estos expresen los aspectos más críticos (24).



DISA IV LIMA ESTE, Lima 2003, se llevó a cabo el proyecto titulado “Mejoramiento De La Capacidad Resolutiva De Centro Quirúrgico Obstétrico Y Laboratorio En El Hospital Local Huaycan”, su objetivo eficiente prestación de servicios del Centro Obstétrico Quirúrgico y Laboratorio de la cabecera de la microred del Hospital Local Huaycán y la conclusión del estudio realizado que existe una creciente demanda de servicios médicos y hospitalarios que no son atendidos eficientemente, Existe un equipamiento insuficiente en el Hospital Local Huaycan para la prestación de servicios médicos en el Centro Quirúrgico Obstétrico y Laboratorio, El Hospital Local Huaycan, brinda servicios en condiciones mínimas de calidad a la población por equipamiento insuficiente y deficiente, El equipamiento del Hospital Local Huaycan al no reunir los requisitos mínimos, dificulta realizar diagnósticos certeros (28).

Sihuin, E. Gomez, O, en Apurímac 2015, se realizó una investigación “Satisfacción de Usuarios Hospitalizados en un Hospital de Apurímac”, su objetivo fue determinar la satisfacción en los usuarios hospitalizados en el hospital Subregional de Andahuaylas, se concluye que existió baja satisfacción con la calidad del servicio recibido por los usuarios hospitalizados, y esta estuvo asociada al nivel de educación y al tipo de servicio de hospitalización de los usuarios hospitalizados (29).

Municipalidad Distrital de Callanmarca, Huancavelica 2011, se llevó a cabo el proyecto “Mejoramiento De La Capacidad Resolutiva Del Puesto De Salud De Callamarca Del Distrito De Callamarca, Provincia De Angares Y Departamento De Huancavelica”, su objetivo mejora de la provisión de servicios de salud del

primer nivel de atención en el distrito de Callamarca, suficiente equipamiento para una adecuada gestión de las unidades de servicio (30).

Marcelo, M, en Nuevo Chimbote 2016, realizó la investigación de “Mejoramiento De La Gestión De Calidad Del Servicio De Central De Esterilización Del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón”, tiene como objetivo mejora de la gestión de calidad de los procesos de desinfección y esterilización en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón; sirvan a través de un sistema de gestión de calidad, mejorar los servicios de desinfección y esterilización, centralizando los procesos de desinfección y esterilización, ampliando la infraestructura con espacios para realizar los diferentes procesos con mejor accesibilidad y manejo del material, control de la calidad del producto o resultado a través de indicadores, estandarizando los procesos, personal de enfermería capacitado y actualizado en el manejo de material estéril, sensibilización del personal receptor de material estéril y por ende satisfacción del usuario interno (31).

Por lo expuesto, como enfermera que brinda atención y cuidado con calidez, calidad es mi deber que los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina se le brinde una atención adecuada y que se vea plasmado por su recuperación o ayudar a dar mejorar calidad de vida, es por eso que los servicios que se le brindan o prestan deben satisfactorios tanto para el paciente como para los familiares.

Como enfermera del Hospital Regional de Tumbes, nuestra labor gestora no se basa en la función que nos desempeñemos en nuestro centro de labores, sino que la labor gestora siempre solemos aplicarla en nuestra labor diario con el fin de conseguir mejores resultados para con nuestros pacientes que le brindamos

cuidados y atención; donde se verá reflejado en la optimización de recursos humanos y materiales, identificando problemas y resolución de ellos, teniendo como resultado la satisfacción del paciente y su recuperación.

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. El componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general; estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable (25).

Las intervenciones de enfermería que rigen a su pronta recuperación es adquirir o mejorar los conocimientos para con el paciente y su entorno, una de las teorista modelo de enfermería que apoya esta investigación es Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: “ Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes” (32).

Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado" (33).

Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste (25).

Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común (33).

En la calidad de enfermería son los aspectos subjetivos ligados a la percepción de la calidad: buen trato, respeto, atención oportuna, personalización, rapidez, oportunidad. Y aspectos objetivos: infraestructura, equipos, procesos. Los aportes para la construcción de la calidad en el cuidado es la integración de factores ser-saber- hacer (25).

#### **IV. OBJETIVOS.**

##### **OBJETIVO GENERAL.**

- Capacidad resolutive adecuada de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes II.2.

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Buen estado de la conservación de la infraestructura de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes II-2.
- Adecuada dotación de materiales, equipos y mobiliario moderno de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes II-2.
- Adecuado conocimiento y optimo desempeño del personal asistencial de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes II-2.

## V. METAS

- Incremento en la capacidad resolutive de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina en un 50% en el primer año, 75% en el segundo año y 100% el tercer año.
- Elaboración y ejecución programada de revisiones y ajustes de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina en un 75% en el primer año y un 100% en el segundo año.
- Implementación de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina en un 50% en el primer año, en un 75% en el segundo año y un 100% en el tercer año.
- Plan de programa de capacitación elaborado, presentado y ejecutado para el personal asistencial en un 50% primer año, 75% el segundo año, y tercer año 100%.
- La asignación de recursos para la adaptación y mejoramiento de la infraestructura en un 50% en el primer año, 75% en el segundo año y un 100% en el tercer año.
- Evaluación de indicadores de mejoras de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina en un 50% en el primer año, un 75% en el segundo, en un 100% en el tercer año.
- Plan de elaboración, ejecución de adquisición y reparación de equipos mobiliarios.
- Mantenimiento en un 50% primer año, 75% en el segundo año y un 100% en el tercer año.

- Socialización en el manejo de equipo en un 50% en el primer año, un 75% en el segundo año y un 100% en el tercer año.
- Pasantías realizadas al personal asistencial y administrativos en un 50% en el primer año, en un 75% en el segundo y un 100% en el tercer año.
- Capacitación, talleres y seminarios desarrollados en un 50% en el primer año, un 75% en el segundo año y un 100% en el tercer año.

## **VI. METODOLOGIA**

### **6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención.**

#### **A. GESTION:**

Un sistema de gestión de calidad es una herramienta que le permite a cualquier organización planear, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a través de la prestación de servicios con altos estándares de calidad, los cuales son medidos a través de los indicadores de satisfacción de los pacientes (34).

La construcción colectiva de esta herramienta se basará en la identificación de procesos que le permitan a la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina, a través de su recurso humano un mejor control de los procesos, el logro de los objetivos de cada proceso de una manera efectiva y la adopción de trabajo en equipo y la mejora continua a través de un sistema de gestión de la calidad (35).

La Gestión del Cuidado de Enfermería se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud (36).

La enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos hacia la mejora continua del cuidado (34).



La situación en el servicio de medicina es que cuenta con una unidad de cuidados intermedios del paciente crítico el cual está con mobiliario inadecuado e insuficiente y carencia de equipos que ayudan a la realización de procedimientos a pacientes hospitalizados en el servicio de medicina donde es incrementando el trabajo y agotando al personal técnico del servicio de medicina.

Este servicio cuenta con infraestructura que está funcionando pero debe ampliarse para equiparlos e inmobiliario deteriorado, mediante la evaluación técnica del profesional para verificar la accesibilidad y factibilidad de la ampliación, incrementado de material y equipos por la actual demanda de esta área del servicio de medicina del hospital, los equipos y algunos materiales en uso desde hace más de 7 años y otros están defectuosos y no se cuenta con un programa preventivo y de mantenimiento de los equipos.

Los documentos de gestión por actualizar, no tienen protocolos, guías de procedimiento, diagrama de flujos, cuadros descriptores y de caracterización de los procesos así mismo con un sistema informático con programas de control, monitoreo y supervisión de los procesos de mantenimiento y equipamiento del de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina, los recursos de personal de enfermería es insuficiente laborando 02 enfermeras y 2 técnicos de enfermería, con la necesidad de incrementar una enfermera y un técnico de enfermería para cuando se tenga pacientes críticos realicen o brinden la atención adecuada en relación a la demanda de trabajo además , no cuenta con un programa

de capacitación y actualización en manejo de material para el personal técnico y el profesional de enfermería, ni con un programa preventivo y de reparación de mantenimiento de los equipos.

**1.A. Adaptación y mejoramiento de la infraestructura de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.**

- Solicitud a dirección ejecutiva la ampliación de la unidad de cuidado intermedios del servicio de medicina.
- Elaboración del estudio de factibilidad estructural para la adaptación del servicio de medicina con el asesoramiento de ingeniería civil y de arquitectura.
- Estudios de costos, presupuesto y financiamiento para la adaptación del área del servicio de medicina.
- Elaboración del proyecto de capacidad resolutive adecuada de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina con el asesoramiento de los profesionales competentes en el área.
- Presentación del proyecto de la capacidad resolutive adecuada de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina a DIRESA y Ministerio de Salud para la aceptación y financiamiento de la remodelación.
- Sustentación técnica de la adaptación de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina a dirección, Dpto. de enfermería, unidad de gestión de la calidad, unidad de presupuesto y DIRESA.

### **1.B. Mejorar la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.**

- Implementación de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina con adjudicación y reposición de equipos y la contratación de recursos humanos de acuerdo a la necesidad del servicio y norma técnica del MINSA.
- Realización del inventario de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina con el apoyo del personal de enfermería y técnico de enfermería.
- Contratación de recurso humano (1 enfermeras y 1 técnico de enfermería).

### **2.A. Programa de proyecto de adquisición y reparación de equipos mobiliarios.**

- Solicitud a dirección y Dpto. de enfermería para la implementación del material, equipos para la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.
- Presentación de informe de material y equipos de baja a dirección y Dpto. de enfermería.
- Realización del sustento técnico del requerimiento de personal de enfermería para la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.
- Elaboración del plan de mantenimiento preventivo de materiales y equipos que se va ejecutar en la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.

- Elaboración del cuadro de necesidades de material y equipos biomédicos para adquisición y reposición de acuerdo a nivel de complejidad de la institución.

## **2.B. Programa de mantenimiento a los equipos y mobiliarios de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.**

- Solicitud a la unidad de patrimonio el trámite para dar de baja material que ha sido revisado por la unidad de mantenimiento.
- Planear y programar en forma conveniente la labor del mantenimiento.
- Disponer, reparar y revisar equipos, mobiliarios, herramientas eléctricas.
- Garantizar la seguridad del personal, las instalaciones y la conservación de medio ambiente.
- Optimizar el tiempo y el costo de ejecución de las actividades de mantenimiento.
- Respaldar las operaciones, asegurando la máxima disponibilidad de los equipos.

## **B. CAPACITACION:**

La capacitación está considerada como un proceso educativo a corto plazo el cual utiliza un procedimiento planeado, sistemático y organizado a través del cual el personal administrativo de una empresa u organización, adquirirá los conocimientos y habilidades técnicas necesarias para

acrecentar su eficacia en el logro de las metas que se haya propuesto la organización en la cual se desempeña (37).

La capacitación del personal de una empresa se obtendrá sobre dos pilares fundamentales, por un lado, el adiestramiento y conocimientos del propio oficio y labor, y por el otro a través de la satisfacción del trabajador por aquello que hace, esto es muy importante, porque jamás se podrá exigir ni pretender eficacia y eficiencia de parte de alguien que en definitivas cuentas no se encuentra satisfecho con el trato o con la recompensa que obtiene (37).

Capacitar es involucra al trabajador para que desarrolle sus habilidades y conocimientos y que sea capaz de sobrellevar con más afectación la ejecución de su propio trabajo. Esos conocimientos pueden ser de diferentes tipos y estos se enfocan a diversas terminaciones individuales y organizacionales (38).

La capacitación para el desarrollo de los recursos humanos son elementos precisos en el desempeño de los objetivos de toda organización para lograr un perfeccionamiento y actitudes privadas desarrollando habilidades, actitudes y el crecimiento laboral y profesional en los empleados de una organización para que desempeñen su trabajo con mayor eficiencia y calidad para el mejor desempeño de cada colaborador y poder llevar a cabo las exigencias que la empresa requiera en su entorno (38).

Se considera que un recurso muy importante con que cuenta una empresa como es el hospital regional de tumbes II-2 en el servicio de

medicina es el área del paciente crítico de la unidad de cuidados intermedios; es el recurso humano y la capacitación una transformación para la buena gestión de atención del paciente crítico, para obtener resultados y no solo beneficiaran la formación del empleado, sino que también ayuda a cumplir objetivos de la organización a la que pertenece.

### **2.C. Programa de capacitación, de socialización en el manejo de equipos.**

- Coordinación con dirección, dpto. de enfermería y unidad de capacitación.
- Presentación del programa de capacitación a dirección, dpto. de enfermería unidad de capacitación para la aprobación.
- Solicitud a la dirección la aprobación del programa de capacitación y actualización
- Reunión de trabajo para socializar con el personal asistencial los contenidos o temas de capacitación y actualización en manejo de equipos.
- Elaboración del programa de capacitación para el personal técnico de enfermería.

### **3.A. Programa de pasantías para el personal asistencial y administrativo.**

- Elaboración del proyecto de pasantía a hospital de mayor complejidad.

- Solicitud a dirección, dpto. de enfermería y unidad de capacitación la aprobación de proyecto de pasantía.
- Programación de pasantías en Hospitales de alta complejidad para que asista el personal asistencial del servicio de medicina.
- Coordinación con hospital Docente de la Merced de Chiclayo, Belén de Trujillo la aceptación de pasantía en servicio de medicina en el área de procedimientos.
- Designación de los profesionales de enfermería por grupos para pasantía en hospital la Merced de Chiclayo y Belén Trujillo.
- Ejecución de pasantía en el hospital la Merced de Chiclayo y Belén de Trujillo.
- Coordinación con dirección, dpto. de enfermería, unidad de presupuesto y de personal para gozar desueldo y beneficios reconocidos por ley.

**3.B. Programa de capacitación y programación de talleres al personal asistencial.**

- Aplicación de pre test al personal asistente a la capacitación de servicio.
- Elaboración de programa de capacitación del personal asistencial y administrativo del servicio de medicina.
- Ejecución del programa de capacitación.
- Asistencia puntual y obligatoria del personal de enfermería a la capacitación y actualización en servicio.

- Programación y capacitación de talleres al personal asistencial del servicio de medicina.
- Coordinación con dirección, dpto. de enfermería y unidad de personal que se reconozca por horas extras la asistencia a la capacitación y actualización en servicio.
- Coordinación con especialistas del Hospital Regional de Tumbes para que realice talleres para el personal asistencial del servicio de medicina.
- Aplicación de pos test al personal de enfermería asistente a la capacitación y actualización en servicio.



## **6.2. Sostenibilidad del proyecto**

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo del equipo de salud que trabaja directamente en el servicio de medicina que se encarga también de la unidad de cuidados intermedios, la Jefatura del Servicio de Medicina, la Jefatura de Enfermería y la Coordinadora del servicio de medicina tiene el compromiso de interrelacionarse con el Departamento de Medicina y la dirección del Hospital, con la finalidad de desarrollar, impulsar, mantener y ejecutar este proyecto en forma sostenible a través del tiempo.

Las instituciones de salud tienen como objetivo garantizar el servicio prestado al paciente hospitalizado con calidad, eficiencia y eficacia, disminuyendo así las complicaciones en la atención integral del paciente hospitalizado durante su estancia hospitalaria, tratamiento y recuperación de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.

El MINSA tiene programado por año la supervisión técnica a las instituciones de salud para supervisar y evaluar los procesos administrativos y asistenciales dejando las observaciones encontradas en la dirección y es enviado a los departamentos y servicios de salud para ser levantadas, esto va a permitir centralizar los procesos, mejorar el sistema de control y validación, estandarizar los procesos de capacitación, actualización y sensibilización de sus autoridades para mejorar la capacidad resolutoria de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina. A nivel de gestión de la calidad del hospital Regional de Tumbes, con la mejora continua de los macro procesos para la acreditación también apoyará en la sostenibilidad del presente proyecto.

## VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.

### MATRIZ DE MONITOREO

Jerarquía de objetivos	Metas	Indicadores	Fuentes de información	Técnica / instrumento	Frecuencia	Responsable	Fecha presentación de informe
Capacidad resolutive adecuada de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes.	Incrementó de la capacidad resolutive de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina al 100% al termino del proyecto.	% de ocupación de la unidad de cuidados intermedios y el promedio de permanencia en el servicio de medicina.	Registros diarios de procedimientos que se realiza en la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.  Registro e informe estadístico de servicios brindados.	Lista de chequeo.  Recopilación de datos estadísticos.	Mensual.  Cada seis meses.	Emyleen Lisette Guerra Izquierdo	1 de Enero  1 de Junio de cada año de ejecución del proyecto.
Buen estado de la conservación de la infraestructura.	Elaboración y ejecución programada de revisiones y ajustes de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina en un 75% en el primer año y en un	Nº de revisiones y ajustes mecánicos de las diferentes instalaciones y componentes de la unidad de cuidados	Informe detallado del estado de la infraestructura	Observación/ guía de observación.	Mensual los primeros seis meses	Marino .... (Responsable del área de equipo técnico del hospital)	1 de Enero del 2018.  1 de Junio de cada año de ejecución del proyecto.

	100% en el segundo año.	intermedios del servicio de medicina.					
Excelente dotación de materiales, equipos y mobiliario de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes II-2.	Implementación de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina en un 50% en el primer año, un 75% en el segundo año y un 100% en el tercer año.	% de materiales, equipos adjudicados y de reposición.	Documentos administrativos de adjudicación y de reposición de materiales y equipos.	Solicitud de productos/ lista de cotejo.	Cada seis meses	Mago ... (Director del Hospital Regional de Tumbes).	1 de Enero y 1 de Junio de cada año de ejecución del proyecto
Adecuado conocimiento y optimo desempeño del personal asistencial.	Plan de programa de capacitación elaborado, presentado y ejecutado para el personal asistencial en un 50% primer año, 75% segundo año y un 100% tercer año.	Nº de capacitaciones constante % de aprobados del pre test y post de capacitación y pasantías.	Evaluación de indicadores en forma trimestral.	Pruebas o exámenes tipos test.	Trimestral.	Echevarría ( Responsable de capacitación).	20 de Agosto 20 de Noviembre de cada año en ejecución.

## MATRIZ DE EVALUACION

<b>Código</b>	<b>Actividades y tareas</b>	<b>Metas</b>	<b>Recursos asignados</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuentes de información</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha de presentación de informe.</b>	<b>Entrega</b>
<b>1.A</b>	<b>Adaptación y mejoramiento de la infraestructura</b>	La asignación de recursos para la adaptación y mejoramiento de la infraestructura en un 50% en el primer año, 75% en el segundo año y un 100% en el tercer año.	Total:20000 Propio:15000 Externo:5000	N° de ambientes reubicados.  % de mejoras en el servicio de medicina.	Informe de ambientes reubicados.  Valoración de la obra, sustento de pagos.	Ficha de registro de información.  Revisión y análisis de base de datos	Una vez completa la actividad.	Jefe del área de mantenimiento	1/10/2019	Jefe de servicio de medicina.
<b>1.B</b>	<b>Mejoras en la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.</b>	Evaluación de indicadores de mejoras de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina en un 50% en el primer año, un 75% en el segundo, en un 100% en el tercer año.	Total:13000 Propio:7000 Externo:6000	% de evaluación de indicadores de mejoras.	Informe de evaluación de indicadores.	Reportes trimestrales.	Una vez completa la actividad.	Técnico de mantenimiento.	5/10/2019	Jefe de área del mantenimiento
<b>2.A</b>	<b>Programa de proyecto de adquisición y reparación de equipos mobiliarios.</b>	plan de elaboración, ejecución de adquisición y	Total:90 000 Propio:45000	N° de equipos y mobiliarios adquiridos.	Sustento de pagos efectuados.	Reporte financiero de la adquisición y reparación	Una vez completa la	Técnico de mantenimiento	10/10/2019	Jefe del área de mantenimiento.

		reparación de equipos mobiliarios.	Externo:45000	% de reparación de equipos y mobiliarios.	Comprobantes. Facturas.	de equipos y mobiliarios.	actividad.			
<b>2.B</b>	<b>Programa de mantenimiento a los equipos, mobiliarios de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.</b>	Mantenimiento en un 50% primer año, 75% en el segundo año y un 100% en el tercer año.	Total:35000 Propio:15000 Externo:20000	% de mantenimiento realizado a los equipos y mobiliarios.	Informe de mantenimiento. Ficha de observación.	Reportes de monitoreo de mantenimiento.	Una vez completa la actividad.	Técnico de mantenimiento	20/10/2018	Jefe del área de mantenimiento.
<b>2.C</b>	<b>Programa de capacitación de socialización en el manejo de equipos.</b>	Socialización en el manejo de equipo en un 50% en el primer año, un 75% en el segundo año y un 100% en el tercer año.	Total:15000 Propio:6000 Externo:9000	% de capacitaciones ejecutadas en el manejo de equipo. N° de asistentes a la capacitación.	Informe de capacitación. Registro de asistentes.	Registro de asistentes. Registro de capacitaciones.	Una vez completa la actividad.	Jefe del servicio de medicina.	15/09/2018	Jefe del área de capacitación y docencia.
<b>3.A</b>	<b>Recursos de gestión de socialización e involucramiento de las autoridades.</b>	Actualización de datos en cuanto a infraestructura, equipamiento y recursos humanos en un 50% en las dos primeras semanas en un 75% en los primeros dos meses y	Total: 5000 Propio: 3000 Externo: 2000	N° de reportes e informes.	Informe de actualización de datos de infraestructura, equipamiento y recurso humano.	Evaluación de informe.	Una vez completa la actividad.	Jefe de servicio de medicina.	30/06/2018	Director del hospital regional de Tumbes II-2.

en un 100% en los seis primeros meses.

<b>3.B</b>	<b>Programa de pasantías para el personal asistencial y administrativos.</b>	Pasantías realizadas al personal asistencial y administrativos en un 50% en el primer año, en un 75% en el segundo y un 100% en el tercer año.	Total:11000 Propio:5000 Externo:6000	N° de convenios con hospitales de alta complejidad. N° de participantes de las pasantías.	Informe de convenios. Registros de asistentes.	Reportes trimestrales de pasantías. Réplicas del conocimiento adquirido en las pasantías.	Una vez completa la actividad.	Jefe del área de capacitación y docencia.	30/10/2019	Dirección del Hospital Regional de Tumbes II- 2.
<b>3.C</b>	<b>Programa de capacitación y programa de talleres, seminarios al personal asistencial.</b>	Capacitación, talleres y seminarios desarrollados en un 50% en el primer año, un 75% en el segundo año y un 100% en el tercer año.	Total:20000 Propio:15000 Externo:5000	N° de capacitaciones ejecutadas. N° de talleres desarrollados. N° de seminarios realizados.	Informe de capacitación, talleres y seminarios. Registros de asistentes. Fichas de observación.	Evaluación de pre test. Evaluación de post test. Reportes trimestrales de capacitación, talleres y seminarios.	Una vez completa la actividad.	Jefe del servicio de medicina.	20/09/2018	Jefe del área de capacitación y docencia.

## **VI. BENEFICIOS.**

### **BENEFICIOS EN LA SITUACION “SIN PROYECTO”**

Sin Proyecto. La actual Unidad de Cuidados Intermedios del servicio de Medicina del Hospital Regional de Tumbes II-2, continuará prestando los servicios de baja calidad; además con la distribución de ambientes inapropiados para el ejercicio de sus funciones (Ejemplo: pacientes que necesitan administrar fármacos por bomba de infusión, colocación y mantenimiento de las líneas arteriales, pacientes que necesitan desfibriladores, tener controles de cuanto sea necesario.).

Los beneficios que se pueden considerar en la situación “sin proyecto” a favor de la comunidad son los siguientes:

- Contar con una Unidad de Cuidados Intermedios que brinda el Servicio de Medicina en forma limitada.
- Contar con una Unidad de Cuidados Intermedios con equipos obsoletos.
- Atender sin el confort que se requiere en la Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Medicina tanto a internos como externos.

### **BENEFICIO EN LA SITUACION “CON PROYECTO”**

Con Proyecto, el número de atenciones en la Unidad de cuidados Intermedios del Servicio de Medicina irá creciendo en un 2.73 % anual, guardando siempre relación con el N° de atenciones realizadas a los pacientes críticos hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina, según los estándares del MINSA; generándose los siguientes beneficios:

- Mejor calidad en la Unidad de Cuidados Intermedios del servicio de Medicina.

- Se evita la emigración de pacientes hacia otros servicios para realizar los cuidados y procedimientos del paciente crítico.
- Se tendrá un mejor control de complicaciones que se presenta en los pacientes críticos de la unidad de cuidados intermedios hospitalizados en el Servicio de Medicina.
- Aumento de los servicios de Atención, de acuerdo a normas técnicas establecidas.

## VI. RECURSOS REQUERIDOS

### 6.1. Humanos:

RECURSOS HUMANOS	HORAS MENSUALES	COSTO POR HORAS	COSTO TOTAL EN TRES AÑOS
ENFERMERA	36	17.00	22 032.00
TECNICO DE ENFERMERIA	186	10.57	70 776.72
COSTO TOTAL EN RECURSO HUMANO	222	27.57	92 808.72

### 6.2 Materiales:

CODIGO	MATERIALES	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
26.32.12	Mueble fijo con lavadero	1	180.00	180.00
23.15.12	Cesto para papeles	2	30.00	30.00
23.15.12	Sillón giratorio	1	150.00	150.00
26.3.42	Lámpara cuello de ganso	1	120.00	120.00
26.32.12	Bote sanitario con pedal	1	45.00	45.00
23.18.21	Cubeta para medicamentos	1	45.00	45.00
26.3.42	Negatoscopio dos cuerpos	1	10 000.00	10 000.00
23.18.21	Mesita de curaciones	1	300.00	300.00
26.3.42	Portasueros	2	100.00	100.00
23.18.21	Bote para gasas	1	45.00	45.00
23.18.21	Porta historia	1	15.00	15.00
23.15.12	Carro para ropa sucia	1	50.00	50.00
23.18.21	Mesa de mayo	1	150.00	150.00
26.3.42	Desfibrilador Monitor	1	18 000.00	18 000.00



26.3.42	Equipo para paro cardiaco	1	10 000.00	10 000.00
26.3.42	Pantoscopio	1	500.00	500.00
26.3.42	Electrocardiógrafo	1	5 500.00	5 500.00
23.15.12	Vitrinas	2	600.00	600.00
26.3.42	Manómetro	1	180.00	180.00
26.3.42	Bomba de infusión	2	3 600.00	7 200.00
26.3.42	Oxímetro de pulso	2	360.00	720.00
26.3.42	Nebulizadores	2	700.00	700.00
26.3.42	Laringoscopio	2	1 800.00	1 800.00
26.3.42	Esterilizador	1	4 500.00	4 500.00
26.3.42	Glucómetro	2	600.00	1200.00
23.15.12	Reloj	1	25.00	25.00
23.15.12	Central de Comunicaciones (Interna - Externa)	1	5 000.00	5 000.00
26.3.42	Lector de AGA	1	6 000.00	6 000.00
23.18.12	Jeringas heparinizadas para AGA	30 por mes	8 .00	240.00
23.18.12	Tubos orotraqueales n° 7, 7.5, 8	3 por cada numero	3 000.00	3 000.00

### 6.3 Presupuesto: Aportes propios /aportes solicitado (institución, población)

CODIGO	DENOMINACION	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
<b>53.0</b>	<b>SERVICIOS</b>			
	• Honorarios Profesionales por contrato de enfermera.	<b>06</b>	<b>1 700.00</b>	<b>10 200.00</b>
	• Técnicos por contrato de técnicos de enfermería.	<b>06</b>	<b>1 400.00</b>	<b>8 400.00</b>
	• Empresa Constructora para la adaptación.	<b>01</b>	<b>35 000.00</b>	<b>35 000.00</b>
<b>53.11.20</b>	Viáticos y Asignaciones			<b>450.00</b>
	Movilidad Local			

<b>53.11.30</b>	<b>BIENES DE CONSUMO</b> <b>(Materiales para Capacitación)</b>			
	Papel Bond A4 x 80 gr	<b>2000</b>	<b>18.00</b>	<b>36.00</b>
	Papel Bulky	<b>1000</b>	<b>25.00</b>	<b>25.00</b>
	Plumones de pizarra	<b>04</b>	<b>3.50</b>	<b>14.00</b>
	Plumones gruesos	<b>04</b>	<b>2.50</b>	<b>10.00</b>
	Papel sábana	<b>50</b>	<b>0.50</b>	<b>25.00</b>
	Cartulina de colores	<b>50</b>	<b>0.50</b>	<b>25.00</b>
	Cartón dúplex	<b>30</b>	<b>2.50</b>	<b>70.00</b>
	Folder plastificado	<b>06</b>	<b>4.00</b>	<b>24.00</b>
	Lapiceros	<b>50</b>	<b>0.50</b>	<b>25.00</b>
	Lapices	<b>50</b>	<b>1.00</b>	<b>50.00</b>
	Cd's	<b>50</b>	<b>1.00</b>	<b>50.00</b>
	Corrector	<b>02</b>	<b>10.00</b>	<b>20.00</b>
	Borradores	<b>04</b>	<b>1.50</b>	<b>6.00</b>
<b>23.21.21</b>	Viáticos y asignación por comisión de servicios		<b>310.00</b>	
<b>26.32.33</b>	Equipo computacional	<b>04</b>	<b>3 200.00</b>	<b>12 800.00</b>
<b>23.24.11</b>	Contrato de servicios (presupuesto, elaboración, ejecución para la capacidad resolutive adecuada de la Unidad de Cuidados Intermedios del servicio de medicina)	<b>112 300.00</b>		<b>12 300.00</b>

**RESUMEN DE PRESUPUESTO**

<b>DENOMINACION</b>	<b>APORTE REQUERIDO</b>	<b>APORTE PROPIO</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
<b>Recursos Humanos</b>	S/ 52 000.00	40 808.72	S/ 92 808.72
<b>Materiales</b>	S/ 30 415.08	36 000.00	S/ 66 415.08
<b>Materiales para capacitación</b>	0.00	380.00	S/ 380.00
<b>Presupuesto para pasantías</b>	S/15 000.00	5 000.00	S/ 20 000.00
<b>Material para construcción o remodelación</b>	S/ 10 000.00	8 000.00	S/ 18 000.00
<b>Total</b>	<b>S/ 107 415.08</b>	<b>S/ 90 188.72</b>	<b>S/ 197603.8</b>

## VII. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

### PLAN OPERATIVO

### OBJETIVO GENERAL

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		C RONOGRAMA						INDICADOR	
					2017	2018	2019		2020			
					DESCRIPCION	COSTOS	II SEMESTRE	I SEMESTRE		I		II
1	Elaboración del proyecto “Capacidad Resolutiva adecuada de la Unidad de Cuidados Intermedios del servicio de	1	Informe	200	X							Proyecto Elaborado

	<b>medicina del hospital Regional de Tumbes II-2”</b>										
<b>2</b>	<b>Presentación y exposición del proyecto al jefe de departamento, a la Dirección del Hospital Regional de Tumbes II-2 y Gerencia</b>	<b>1</b>	<b>Informe</b>	<b>20.00</b>	<b>X</b>						<b>Proyecto Presentado.</b>
<b>3</b>	<b>Reunión con Coordinadora de enfermería y personal asistencial y administrativo para el apoyo de ejecución del proyecto.</b>	<b>2</b>	<b>Informe</b>	<b>20.00</b>		<b>X</b>					<b>Reuniones realizadas.</b>
<b>4</b>	<b>Reunión con la Unidad de Gestión de la calidad para la asesoría del programa de Mejora continua de la Capacidad</b>	<b>3</b>	<b>Informe</b>	<b>30.00</b>							

	<b>Resolutiva adecuada de la Unidad de Cuidados Intermedios del servicio de medicina.</b>										
<b>5</b>	<b>Reunión con Coordinadora de Enfermería y personal de Enfermería para formar Comité de Mejora Continua para el apoyo en la ejecución del proyecto.</b>	<b>2</b>	<b>Informe</b>	<b>30.00</b>					<b>X</b>		
<b>6</b>	<b>Ejecución del Proyecto de Desarrollo</b>	<b>1</b>	<b>Informe</b>	<b>S/ 000000</b>							<b>Proyecto Ejecutado.</b>
<b>7</b>	<b>Evaluación del Proyecto de Desarrollo</b>	<b>1</b>	<b>Informe</b>	<b>20</b>					<b>X</b>		<b>Proyecto Desarrollado.</b>

<b>8</b>	<b>Presentación del Informe Final</b>	<b>1</b>	<b>Informe</b>	<b>150.00</b>						<b>X</b>	<b>Proyecto Presentado.</b>
----------	---------------------------------------	----------	----------------	---------------	--	--	--	--	--	----------	-----------------------------

**OBJETIVOS ESPECIFICOS: Buen estado de la conservación de la infraestructura de la Unidad de Cuidados Intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes II – 2.**

N°	ACTIVIDAD	SUB  ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2017-2020					
			DESCRIPCIÓN	COSTOS						I
1	<b>A.1. Remodelación y mejoramiento de la infraestructura de la Unidad de Cuidados Intermedios del servicio de medicina.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solicitud a dirección ejecutiva la ampliación de la Unidad de Cuidados Intermedios del servicio de medicina.</li> <li>▪ Elaboración del estudio de factibilidad estructural para la remodelación del servicio de medicina con el asesoramiento de ingeniería civil y de arquitectura.</li> </ul>	Solicitud.	<b>2.00</b>						
			Informe.	<b>10.00</b>						



		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estudios de costos, presupuesto y financiamiento para la remodelación del área del servicio de medicina.</li> </ul>	<p>Cuadro de necesidades para reposición y compra de equipos y mobiliarios.</p>	<b>200.00</b>						
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboración del proyecto de mejora a la capacidad resolutiva de la Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Medicina con el asesoramiento de los profesionales competentes en el área.</li> </ul>	<p>Lista de Chequeo.</p>	<b>50.00</b>						

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presentación del proyecto de mejora a la capacidad resolutiva de la Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Medicina a DIRESA y Ministerio de Salud para la aceptación y financiamiento de la remodelación.</li> <li>▪ Sustentación técnica de la remodelación de la Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Medicina a dirección, Dpto. de enfermería, unidad de gestión de la calidad, unidad de presupuesto y DIRESA.</li> </ul>	Informe.	<b>250.00</b>						
			Sustento de proyecto.	<b>300.00</b>						

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Adecuada infraestructura de la Unidad de Cuidados Intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes II-2.</li> </ul>	Informe.							
2	<b>B.1. Mejoramiento en la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementación de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina con adjudicación y reposición de equipos y la contratación de recursos humanos de acuerdo a la necesidad del servicio y norma técnica del MINSA.</li> <li>Realización del inventario de la unidad de cuidados intermedios del servicio</li> </ul>	Documentos de Gestión.	<b>100.00</b>						
				<b>150.00</b>						

		<p>de medicina con el apoyo del personal de enfermería y técnico de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contratación de recurso humano (1 enfermeras y 1 técnico de enfermería) que estén encargados de los procedimientos de los pacientes críticos hospitalizados en el servicio de medicina.</li> </ul>	<p>Registros de inventario.</p> <p>Convocatoria para recursos humanos.</p>	<b>3 000.00</b>						
--	--	---	--	-----------------	--	--	--	--	--	--

**OBJETIVOS ESPECIFICOS: Excelente dotación de materiales, equipos y mobiliario de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes II-2.**

N°	ACTIVIDAD	SUB  ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2017-2019						
			DESCRIPCION	COSTOS							
1	<b>C.1. Programa de proyecto de adquisición y reparación de equipo mobiliario.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solicitud a dirección y Dpto. de enfermería para la implementación del material, equipos para la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.</li> </ul>	Solicitud.	<b>10.00</b>							

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presentación de informe de material y equipos de baja a dirección y Dpto. de enfermería.</li> <li>▪ Realización del sustento técnico del requerimiento de personal de enfermería para la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.</li> <li>▪ Elaboración del plan de mantenimiento preventivo de materiales y equipos que se va ejecutar en la aérea del tópico de enfermería en el servicio de medicina.</li> <li>▪ Elaboración del cuadro de necesidades de material y equipos biomédicos para</li> </ul>	<p>Informe.</p> <p>Lista de Chequeo.</p> <p>Informe.</p> <p>Cuadro de necesidades para</p>	<p><b>250.00</b></p> <p><b>500.00</b></p> <p><b>150.00</b></p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		adquisición y reposición de acuerdo a nivel complejidad de la institución.	reposición y compra.	<b>200.00</b>						
<b>2</b>	<b>D.1. Dar mantenimiento a los equipos y mobiliarios de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solicitud a la unidad de patrimonio el trámite para dar de baja material que ha sido revisado por la unidad de mantenimiento.</li> <li>▪ Planeación y programación en forma conveniente la labor del mantenimiento.</li> <li>▪ Disponer, reparar y revisar equipos, mobiliarios, herramientas eléctricas.</li> </ul>	<p>Solicitud.</p> <p>Informe.</p> <p>Documentos de Gestión.</p> <p>Registros.</p>	<p><b>10.00</b></p> <p><b>50.00</b></p> <p><b>25 000.00</b></p>						

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantizar la seguridad del personal, las instalaciones y la conservación de medio ambiente.</li> <li>▪ Optimizar el tiempo y el costo de ejecución de las actividades de mantenimiento.</li> <li>▪ Respaldo las operaciones, asegurando la máxima disponibilidad de los equipos.</li> </ul>	Registros.	<b>10 000.00</b>						
			Registros.	<b>100.00</b>						
<b>3</b>	<b>E.1. Capacitación, de socialización en el manejo de equipos.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coordinación con dirección, dpto. de enfermería y unidad de capacitación.</li> <li>▪ Presentación del programa de capacitación a dirección, dpto. de</li> </ul>	Documentos de gestión.	<b>100.00</b>						
			Informe.	<b>50.00</b>						



		<p>enfermería unidad de capacitación para la aprobación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solicitud a la dirección la aprobación del programa de capacitación y actualización</li> <li>▪ Reunión de trabajo para socializar con el personal asistencial los contenidos o temas de capacitación y actualización en manejo de equipos.</li> <li>▪ Elaboración del programa de capacitación para el personal técnico de enfermería.</li> </ul>	<p>Solicitud.</p> <p>Reuniones de trabajo.</p> <p>Programación de actividades.</p>	<p><b>10.00</b></p> <p><b>30.00</b></p> <p><b>50.00</b></p>						
--	--	---	--	---	--	--	--	--	--	--

**OBJETIVO ESPECIFICOS: Adecuado conocimiento y optimo desempeño del personal asistencial servició de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina del Hospital Regional de Tumbes II-2.**

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAM A 2017-2020					
			DESCRIPCION	COSTOS						
1	<b>F.1. Programa de pasantías para el personal asistencial y administrativo de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboración del proyecto de pasantía a hospital de mayor complejidad.</li> <li>▪ Solicitud a dirección, dpto. de enfermería y unidad de capacitación la aprobación de proyecto de pasantía.</li> </ul>	Solicitud.	<b>10.00</b>						
			Solicitud.	<b>50.00</b>						

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programación de pasantías en Hospitales de alta complejidad para que asista el personal asistencial del servicio de medicina.</li> <li>▪ Coordinación con hospital Docente de la Merced de Chiclayo, Belén de Trujillo la aceptación de pasantía en servicio de medicina en el área de procedimientos.</li> <li>▪ Designación de los profesionales de enfermería por grupos para pasantía en hospital la Merced de Chiclayo y Belén Trujillo.</li> <li>▪ Ejecución de pasantía en el hospital la Merced de Chiclayo y Belén de Trujillo.</li> </ul>	<p>Coordinación con dirección.</p> <p>Documentos de gestión con otros hospitales.</p> <p>Lista de ´participante.</p>	<p><b>30.00</b></p> <p><b>50.00</b></p> <p><b>20.00</b></p> <p><b>10 000.00</b></p>						
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coordinación con dirección, dpto. de enfermería, unidad de presupuesto y de personal para gozar desueldo y beneficios reconocidos por ley.</li> </ul>	Solicitud.	<b>30.00</b>						
2	<b>G.1. Programas de capacitación y programa de talleres al personal asistencial.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aplicación de pre test al personal asistente a la capacitación de servicio.</li> <li>▪ Elaboración de programa de capacitación del personal asistencial y administrativo del servicio de medicina.</li> <li>▪ Ejecución del programa de capacitación.</li> <li>▪ Asistencia puntual y obligatoria del personal de enfermería a la capacitación y actualización en</li> </ul>	Informe.	<b>30.00</b>						
			Documentos de Gestión.	<b>50.00</b>						
			Registros.	<b>100.00</b>						

		<p>la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programación y capacitación de talleres al personal asistencial del servicio de medicina.</li> <li>▪ Coordinación con dirección, dpto. de enfermería y unidad de personal que se reconozca por horas extras la asistencia a la capacitación y actualización en servicio.</li> <li>▪ Coordinación con especialistas del Hospital Regional de Tumbes para que realice talleres para el personal asistencial del servicio de medicina.</li> </ul>	Registros.	<b>50.00</b>						
			Solicitud.	<b>100.00</b>						
			Solicitud a departamento de especialistas.	<b>50.00</b>						
			Prueba post capacitación.	<b>30.00</b>						

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aplicación de pos test al personal de enfermería asistente a la capacitación y actualización en servicio.</li> <li>▪ Evaluación final del programa de capacitación y actualización del personal asistencial y administrativo de servicio de medicina.</li> </ul>	Informe de post capacitación.	<b>30.00</b>						
--	--	---	-------------------------------	--------------	--	--	--	--	--	--

## **IX. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES**

El Proyecto de Intervención “**CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL REGIONAL TUMBES II-2, 2017**” estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo de gestión de calidad enfermería, jefatura de servicio y departamento de medicina, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar de las actividades propias del proyecto.

## **X. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES**

Con quienes establecerá coordinaciones para el logro del proyecto.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Congreso de la Republica. Ley General de Salud. Ley N° 26842.Peru. 2004.  
  
Enlace:<http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>.
2. Lineamiento y medidas de reforma del sector salud. Vivamos el cambio. Reforma de la salud. Perú.2013.  
  
Enlace:<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>.
3. Figueroa F. Muñoz R. Capacidad resolutive y trabajo en equipo, factores de la calidad de la atención. Diplomado en salud pública y salud familiar. Chile. 2003.  
  
Enlace:[http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/vi%F1a%20del%20mar%202003/capacidad\\_resolutiva\\_y\\_trabajo\\_en\\_equipo.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/vi%F1a%20del%20mar%202003/capacidad_resolutiva_y_trabajo_en_equipo.pdf).
4. Corporación de Salud y Políticas Sociales (1999). “Capacidad resolutive de redes descentralizadas de atención de salud”. Santiago, Chile. [Corsaps@reuna.c](mailto:Corsaps@reuna.c)
5. Ministerio de Salud. “De consultorio a centro de salud”. Guía Metodológica. Santiago, Chile. 1997.
6. Ruelas P; Querol M. Citado en “Calidad Total para Directivos de Organizaciones de Salud. Manual de capacitación”. Ministerio de Salud Mexicano. México, 1998
7. Patiño. G. Citado en “Calidad Total para Directivos de Organizaciones de Salud. Manual de capacitación”. Ministerio de Salud Mexicano. México, 1998.
8. Ministerio de Salud. “Estudio de red asistencial”. Guía Metodológica. Santiago, Chile. 1997.



9. Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Norma técnica N°050- MINSA/DGSP-V.02. Dirección general de salud de las personas. Lima. Perú. 2007.  
  
Enlace:[http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2015/000\\_normaacreditacion.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2015/000_normaacreditacion.pdf).
10. Norma técnica de salud. Categorías de establecimientos del sector salud. Proyecto NTS N° 021-MINSA / DGSP-V.02 “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”. Lima. Perú. 2006.  
  
Enlace:<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/servicios/PNCEV02.pdf>.
11. Biltran, R. estimación del balance oferta – demanda de servicios de salud y prioridades de inversión pública en salud. Minsa – Informe final de consultoría. Lima. Perú. 1999.
12. Arredondo, A. Recaman, A. oferta vs demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio de mercado en salud. Ensay. Instituto de salud pública México. Año8. Número 20. Pp 43. 2002.  
  
Enlace:<Http://bvs.insp.mx/articulos/3/art24702.pdf>
13. Sanabria, C. Análisis de la eficiencia de la oferta de servicios de salud. Casos de los puestos de salud de Tumbes. Revista de la facultad de ciencias económicas de la UNMSM. Año VIII, N°22. Peru.2003.
14. Ruales, J. Panel: Tendencias en servicios de salud y modelos de atención en salud. Revista de la facultad nacional de salud pública. Vol. 22 pp. 33-39. Colombia.2004.

15. Luna, M. Luna, E. Patrones de producción e impacto científico del centro internacional de mejoramiento de maíz y trigo. México. 2010.  
Enlace: <http://rev-ib.unam.mx/ib/index.php/ib/rt/printerFriendly/40486/51559>
16. Madueño, D. Perú: Estudio de demanda de servicios de salud. Informe técnico N°012. Bethesda, MD: Socios para la reforma sector salud. Abt. Associates Inc. Perú. 2002. Enlace: <http://www.healthsystems2>
17. Manual para la mejora continua de la calidad. Dirección regional de salud. Lima. Perú. 2006. Enlace : <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2006/RM640-2006-2.pdf>
18. Sistema de gestión de la calidad en salud. Dirección de calidad en salud. R.M. N° 519-2006-SA/DM. Lima. Perú. 2007.  
Enlace: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000\\_sgcalidad-2.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_sgcalidad-2.pdf)
19. Norma técnica para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de emergencia de los establecimientos de salud. Dirección ejecutiva de normas técnicas para infraestructura en salud. R.M o64-2001SA/DM. Lima. Perú. 2001.  
Enlace: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/13\\_proyarquiequipa.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/13_proyarquiequipa.pdf)
20. Vivamos el cambio. Reforma de salud. Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. Pp. 47. Lima. Perú. 2013.  
Enlace: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>
21. Feldman, L. Vivas, E. La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. Revista de calidad asistencial. Vol. 22. N° 3. Venezuela- 2007.

22. Cabello E, Chirinos JL. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev Med Hered. 2012.
23. Miyahira, J. Calidad en los servicios de salud ¿Es posible? Revista médica Heredia 12. Perú. 2001.  
  
Enlace: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v12n3/v12n3e1.pdf>
24. Granados, S. Metodología para evaluar la satisfacción de los pacientes de un hospital público. Madrid. 2008.
25. Donabedian A. M. D: “Continuidad Y Cambio En La Búsqueda De La Calidad”. Conferencia Magistral. Salud Pública De México. México. 1993.
26. Ware J, Berwick D. Conclusions and recommendations. Medical Care. pp. 39-44. 1990.
27. Díaz, J, Guinart, N. Capacidad resolutive de los servicios de urgencias en la atención primaria. Cuba. 2007.
28. DISA IV LIMA ESTE. Mejoramiento De La Capacidad Resolutiva De Centro Quirúrgico Obstétrico Y Laboratorio En El Hospital Local Huaycan. Lima. Peru. 2003.
29. Sihuín, E. Gómez, O. Satisfacción de Usuarios Hospitalizados en un Hospital de Apurímac. Apurímac. Perú. 2015.
30. Municipalidad Distrital de Callanmarca. Mejoramiento De La Capacidad Resolutiva Del Puesto De Salud De Callamarca Del Distrito De Callamarca, Provincia De Angares Y Departamento De Huancavelica. Huancavelica. 2011.

31. Marcelo, M. Mejoramiento De La Gestión De Calidad Del Servicio De Central De Esterilización Del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Ancash. Perú. 2016.
32. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. 1980.
33. International Organization for Standardization. Quality: Terms and definitions. 1989.
34. Universidad Corporativa. Sistema de Gestión de la Calidad: entrada en vigor el 14 de Enero de 2012.  
  
Enlace: <http://www.ucc.edu.co/sistema-gestion-integral/Paginas/sistema-gestion-calidad.aspx>
35. Morfi R. Gestión del cuidado en Enfermería. Habana. Cuba. 2008.  
  
Enlace: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26\\_1\\_10/enf01110.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_1_10/enf01110.htm)
36. Bailón N. La capacitación y el desarrollo del personal [en línea]. México; 2014.  
  
Enlace: <http://www.gestiopolis.com/la-capacitacion-y-el-desarrollo-del-personal/NatividadBailónOlea>
37. Universidad de Champagnat. Capacitación y desarrollo profesional del personal.  
  
Enlace: <http://www.gestiopolis.com/capacitacion-y-desarrollo-profesional-del-personal/UniversidaddeChampagnat-LicenciaturaenRR.HH>

# ANEXO

## DIAGNOSTICO SITUACIONAL

El servicio de medicina del hospital regional de tumbes II- 2, está ubicado en el quinto de piso, cuenta con dos pabellones y en cada pabellón cuenta con una área de aislados para pacientes endémico y para pacientes infectados en cada área tiene seis habitaciones y en cada habitación alberga a dos pacientes por habitaciones y en el área de pacientes aislados cuenta con dos habitaciones que alberga a dos pacientes en cada habitación; también cuenta con el tópico de enfermería del servicio de medicina que se suelen realizar los procedimientos médicos como la inserción del catéter venoso central, drenaje torácico, muestras de pruebas diagnósticas.

También cuenta con pacientes en estado crítico que en muchas ocasiones no se le pueden monitorizar por falta de insumos que puede ser de administrar medicamentos con control estricto que se necesita bomba de infusión, control séricos de aga, control de enzimas cardíacas, pacientes que requieran ventilación mecánica asistida muchas veces la unidad de cuidados intermedios es insatisfactorio para las necesidades que requiere el paciente crítico por no contar con un coche de paro, desfibriladores, toman pruebas de laboratorio que son ajenos al hospital en forma particular que genera gastos en los familiares del paciente crítico, también al paciente crítico no puede ser trasladado a otros servicios como la unidad de cuidados intensivos que no cuenta con camas suficientes y en que muchas veces se queda en el servicio para ser atendidos en el mismo servicio de medicina en la unidad de cuidaos intermedios.

Muchas veces la solución planteada por parte de la coordinadora de servicio de medicina manda requerimientos para implementar un coche de paro, equipos de bomba de infusión, máquina para la lectura de aga, equipos de ventilación mecánica, aspiración de circuito cerrado para la aspiración de paciente crítico con tubo endotraqueal, para implementar la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina y por ende la satisfacción del paciente.

Las causas de la insatisfacción del paciente y familiar es que siempre se necesita del material que no se cuenta para que tanto como el médico y la enfermera puedan resolver complicaciones que se presente y así el paciente crítico se siente satisfecho con su atención en el área de hospitalización de cuidados intermedios del servicio de medicina.

Tumbes se encuentra en la costa septentrional de la parte nor occidental del Perú y cuenta con una población de 209, 823 habitantes, según compendio estadístico departamental del INEI, la cual se encuentra expuesta a enfermedades comunes de la región como son problemas neumológicos, gastroenterólogo, cardiológicos, malaria, dengue y otras.

La población de referencia está constituida por la población asignada a las 4 Micro Redes(Referida): micro Red N° 01 Zarumilla, micro Red N° 02 Pampagrande, micro Red N° 03 Casitas, micro Red N° 04 Zorritos; tanto de la zona urbana como rural del departamento de Tumbes una tasa de crecimiento promedio anual de 2,4% a la población urbana y el 14% como población rural.

La tasa de crecimiento promedio anual a nivel departamentales de 2,7% correspondido a la Provincia de Tumbes una tasa de crecimiento promedio anual de

2,4% a la provincia de Contramirante Villar de 2,0% y de la provincia de Zarumilla de 4,2%.

Como zona afectada se considera a la extensión territorial del departamento de Tumbes el mismo que es de 4,657 Km<sup>2</sup>.

### **1.1 ANALISIS DE LA DEMANDA DE SALUD**

En la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina que se realiza los procedimientos y cuidados a los pacientes críticos hospitalizados, y si no cuenta con una capacidad resolutive adecuada para tratar enfermedades y complicaciones, produciéndose resultados de calidad en relación con la oferta de los servicios que brinda la unidad de cuidados intermedios, los insatisfechos y afectados son los pacientes hospitalizados del servicio de medicina.

### **1.2 ANALISIS DE LA OFERTA**

En la unidad de cuidado intermedios del servicio de medicina brinde servicios en tratar enfermedades y complicaciones en los pacientes críticos hospitalizados, pero las condiciones físicas, recurso humano, material y equipos, infraestructura, capacitación; son fundamentales además de influir en la calidad de atención al paciente hospitalizado.



## Anexo 02

### **Identificar o describir el problema principal o necesidad**

#### **PASO 01:**

##### **PLANTEAR EL PROBLEMA**

- Atención de pacientes en espacios improvisados.
- Camilla sin barandas y en mal estado.
- Prolongación de estancia de pacientes en sala de tóxico de medicina.
- Los equipos no están rotulados con fecha de ultimo mantenimiento.
- Inadecuadas normas de bioseguridad.
- No se encuentran implementado según norma técnica de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.
- Laboratorio de emergencia no realiza todos los análisis requeridos.
- Inadecuado material de emergencia.
- Falta de coche de paro.

La insatisfacción del usuario a los la atención y procedimientos que se realizan en la unidad de cuidados intermedios del servicio de medina del Hospital Regional de Tumbes II – 2.

**CAPACIDAD RESOLUTIVA INADECUADA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS MINTERMEDIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA.**

#### **PASO 02:**

**DETERMINAR SI EL PROBLEMA ENCONTRADO GUARDA RELACION CON LOS LINEAMIENTOS DE LA INSTITUCION CON LA QUE SE PIENSA TRABAJAR.**

MINSA tiene como uno de sus lineamientos la satisfacción del usuario o paciente en sus demandas o expectativas en la hospitalización.

### **PASO 03:**

#### **LLEVAR A CABO UN DIAGNOSTICO**

##### **Dimensión Humana:**

- Paciente crítico con manejo inadecuado por no contar con la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.
- Falta de información en complicaciones de los pacientes críticos.
- Retraso en la atención por no contar con coche de paro, desfibrilador, balón de oxígeno, equipo de ventilación mecánica, bomba de infusión perenne en el servicio.
- Tiempo de espera prolongado a la hora de realizar la atención y procedimientos en el paciente crítico.

##### **Dimensión Técnica – Científica:**

- Riesgos en las complicaciones.
- Equipamiento inadecuado e insuficiente: falta de coche de paro, de catéteres venosos centrales, bombas de infusión.
- Falta de privacidad.
- Infraestructura no funcional: ambientes reducidos, mala distribución.
- Carencia de equipos y mobiliario para este nivel resolutivo.

El servicio de medicina del hospital regional de tumbes II- 2, está ubicado en el quinto de piso, cuenta con dos pabellones y en cada pabellón cuenta con una área de aislados para pacientes endémico y para pacientes infectados en cada área tiene seis

habitaciones y en cada habitación alberga a dos pacientes por habitaciones y en el área de pacientes aislados cuenta con dos habitaciones que alberga a dos pacientes en cada habitación; también cuenta con la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina que se suelen realizar atención y los procedimientos al paciente crítico como la inserción del catéter venoso central, línea arterial, muestras de enzimas cardíacas, siendo la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina y muchas veces insatisfactorio para las necesidades que requiere el paciente crítico por no contar con un coche de paro, desfibriladores.

También al paciente tiene que ser trasladados desde sus habitaciones que depende del oxígeno conectados a un ventilador mecánico de transporte para poder trasladarse a realizar exámenes auxiliares muchas veces los familiares no consiguen todo el material que le piden no logran conseguirlo o la farmacia del hospital no suelen darnos todo lo que requiere el médico tratante y el paciente suele ser llevado nuevamente a sus habitaciones sin realizarse el procedimiento al paciente crítico. Las posibilidades de que la satisfacción del paciente crítico y familiar se den depende de ellos mismos de que consigan el material que les pidan.

Muchas veces la solución planteada por parte de la coordinadora de servicio de medicina manda requerimientos para implementar un coche de paro, que tengan o cuenten con un balón de oxígeno grande para tóxico de enfermería a parte del balón de oxígeno que se tiene es un pequeño que tan solo es para llevar a pacientes para realizarse exámenes auxiliares no se encuentra respuesta alguna para implementar el tóxico de enfermería y por ende la satisfacción del paciente.

Las causas de la insatisfacción del paciente y familiar es que siempre se necesita del material que no se cuenta para que tanto como el médico y la enfermera puedan

resolver complicaciones que se presente y así el paciente se siente satisfecho con su atención en el área de hospitalización.

Tumbes se encuentra en la costa septentrional de la parte nor occidental del Perú y cuenta con una población de 209, 823 habitantes, según compendio estadístico departamental del INEI, la cual se encuentra expuesta a enfermedades comunes de la región como son problemas neumológicos, gastroenterólogo, cardiológicos, malaria, dengue y otras.

La población de referencia está constituida por la población asignada a las 4 Micro Redes(Referida): micro Red N° 01 Zarumilla, micro Red N° 02 Pampagrande, micro Red N° 03 Casitas, micro Red N° 04 Zorritos; tanto de la zona urbana como rural del departamento de Tumbes una tasa de crecimiento promedio anual de 2,4% a la población urbana y el 14% como población rural.

La tasa de crecimiento promedio anual a nivel departamentales de 2,7% correspondido a la Provincia de Tumbes una tasa de crecimiento promedio anual de 2,4% a la provincia de Contramirante Villar de 2,0% y de la provincia de Zarumilla de 4,2%.

Como zona afectada se considera a la extensión territorial del departamento de Tumbes el mismo que es de 4,657 Km<sup>2</sup>.

#### **PASO 04:**

#### **IDENTIFICAR A LA POBLACION INFECTADA O BENEFICIARIA CORRESPONDIENTES A LA ZONA O AREA GEOGRAFICA AFECTADA POR EL PROBLEMA.**

A nivel de departamento, la densidad poblacional es el orden 41,51 hab/km<sup>2</sup>, lo que hace que el territorio departamental sea considerado como normalmente habitado. Esto obedece que la Tasa de Crecimiento Intersensal de Tumbes es casi dos veces mayor que el promedio Nacional, lo que estaría más relacionado con la inmigración de personas a nuestra región procedentes de las regiones de Piura, Lambayeque, La Libertad, Cajamarca y otras.

Debemos incidir que Tumbes cuenta con una población considerada pobre, y esto se demuestra a través del Ingreso Promedio Mensual Per- capita el mismo que en el año de 1991, era de S/ 143.50, pasando a ser S/ 133.50 en el año 1993. En 1995 se incrementó a S/ 170.10 llegando al año 1998 a un ingreso promedio de S/ 200 a s/250.

Tumbes cuenta con un alto índice de analfabetismo. El CENSO de 2005 indica la existencia de 6452 analfabetos, que significa que 6,6% de la población de 15 años y más no sabían leer ni escribir. Sin embargo, reflejaba una tasa de Analfabetismo menos que a nivel Nacional que alcanzaba el 12,8%.

De la población afectada de Tumbes se identificó que el mayor número corresponde al sexo femenino, sobre todo lo que se acentúa en la zona rural en donde existen 10 personas analfabetas por cada seis personas que habitan en áreas urbanas.

El porcentaje de pobreza según NBI en la provincia de Contramirante Villar alcanza el 78.1% en promedio y valor máximo se encuentra en la zona rural de Casitas.

En la Provincia de Zarumilla, el distrito de Matapalo alcanza el 95.7% de pobreza según NBI.

El distrito de Zarumilla tiene el valor más bajo con el 47.3%. En donde se tiene una considerable diferencia entre la población de la zona urbana y rural de los distritos.

En la provincia de Tumbes, los distritos con menor porcentaje de pobreza de acuerdo al NBI son La Cruz y Tumbes con valores cercanos al 55%.

La zona rural tiene los porcentajes más altos de pobreza en relación a la zona urbana en los 06 distritos de la provincia.

El tipo de materiales que prevalecen en las viviendas de la población departamental de Tumbes es la quincha, materiales de la región, adobe y en menor porcentaje son de material noble, carentes de necesidades básicas sobre todo en la zona rural como son agua potable, alcantarillado y luz eléctrica y donde los hábitos de salubridad son muy pobres.

Mayormente afectados a las mujeres de la zona rural que cocinan a leña, carbón, y que muchas veces son Adulto Mayores personas que oscilan de 60 a 75 años de edad.

## **PASO 05:**

### **INCORPORAR EL ENFOQUE DE GENERO**

La necesidad de contar con un mejoramiento de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina es que permita que los pacientes críticos que se le realizan la atención y procedimientos con estados de presentación súbita que comprometen su vida y su integridad, motivara que las autoridades del sector correspondiente acudan y se hagan las mejoras a la unidad de cuidado intermedios donde los pacientes críticos serán los más beneficiados.

Mayormente las personas beneficiarias son los adultos mayores que viven en zonas rurales de ambos sexos.

## **PASO 06:**

### **DEFINIR LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA EN EL AREA GEOGRAFICA IDENTIFICADA**

Debemos incidir que Tumbes cuenta con una población considerada pobre, y esto se demuestra a través del Ingreso Promedio Mensual Per- capita el mismo que en el año de 1991, era de S/ 143.50, pasando a ser S/ 133.50 en el año 1993. En 1995 se incrementó a S/ 170.10 llegando al año 1998 a un ingreso promedio de S/ 200 a s/250.

Tumbes cuenta con un alto índice de analfabetismo. El CENSO de 2005 indica la existencia de 6452 analfabetos, que significa que 6,6% de la población de 15 años y más no sabían leer ni escribir. Sin embargo, reflejaba una tasa de Analfabetismo menos que a nivel Nacional que alcanzaba el 12,8%.

## **PASO 07:**

### **DEFINIR LAS POSIBILIDADES Y LIMITACIONES (SOCIALES Y POLITICAS) DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LA SOLUCION DEL PROBLEMA**

#### **LIMITACIONES:**

- Infraestructura inadecuada: No es funcional, ambientes reducidos, mal estado en conservación de infraestructura.
- Equipos inadecuados e insuficientes: Obsolescencia de equipos, carencia de equipos y mobiliario que se requieren para este tipo de procedimientos médicos.
- Deficiente sistema de gestión: Sistema de gestión no acorde con sistema de redes de salud, mal desempeño laboral por parte del personal médico y administrativo del establecimiento.

#### **POSIBILIDADES:**

- Infraestructura adecuada para este tipo de procedimientos médicos.
- Equipamiento adecuado para la prestación de servicio.
- Mejoramientos del sistema de gestión.



**PASO 08:**

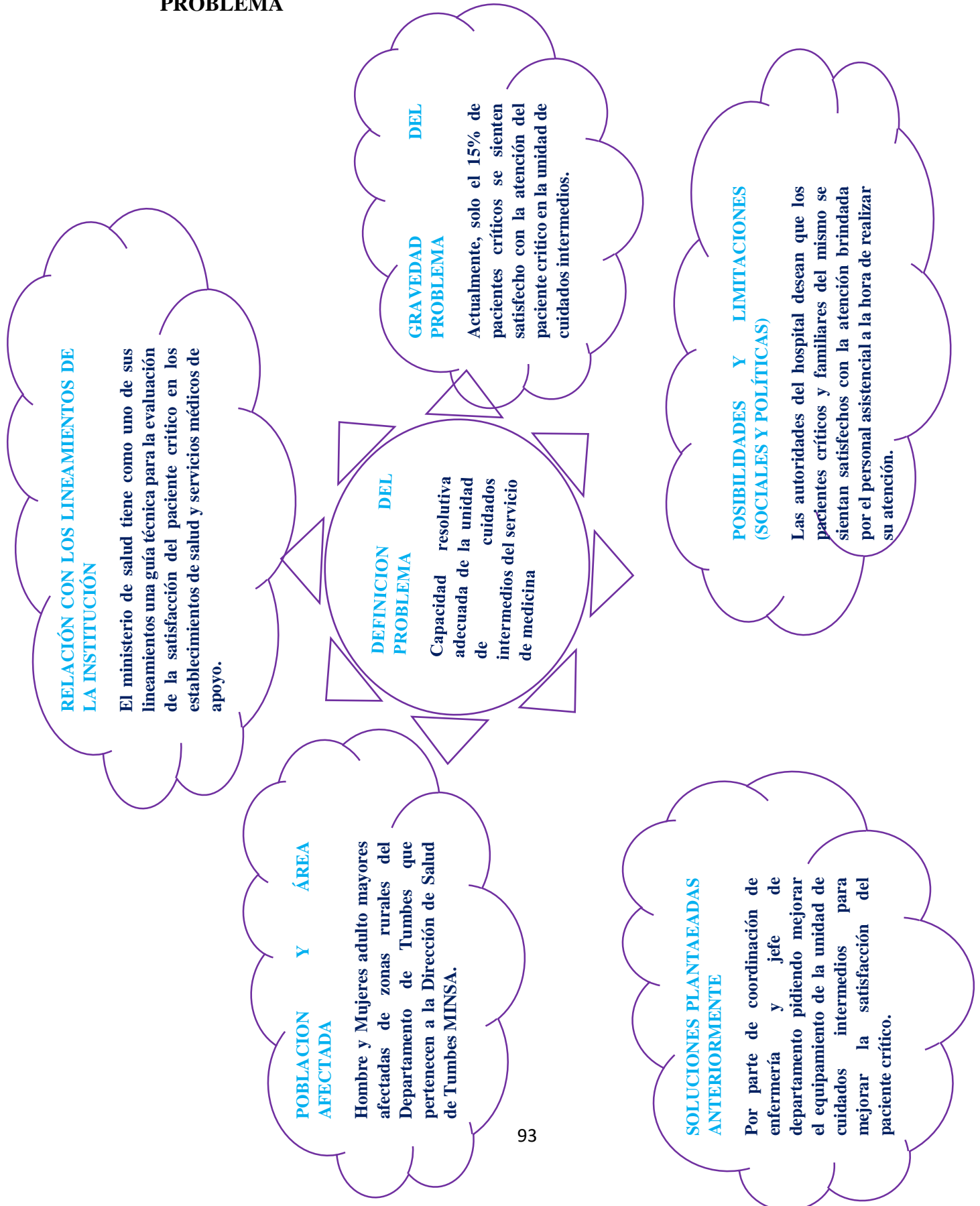
**SEÑALAR SI HA EXISTIDO ALGUN INTENTO DE SOLUCION AL PROBLEMA ANTERIORMENTE**

A través de la coordinación de enfermería y jefe del departamento de medicina se ha venido solicitando las mejorías de la unidad de cuidados intermedios para la atención y procedimientos del paciente crítico.

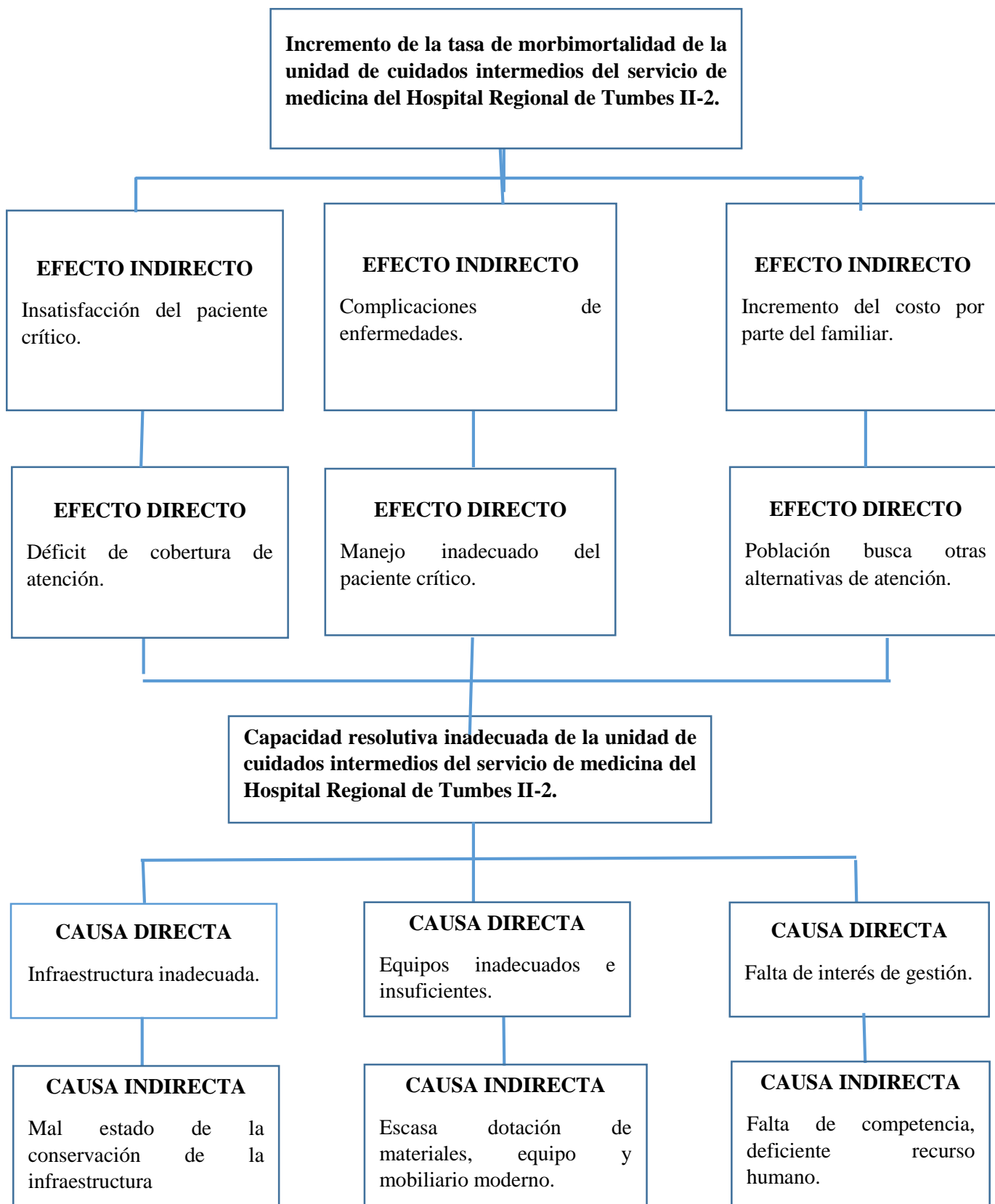
Sin embargo, ante el incremento de la demanda que se presentaba en diferentes áreas del Hospital Regional Tumbes II- 2, la Dirección del Hospital ha venido ejecutando remodelaciones en los diferentes departamentos del Hospital no llegándose a efectuar las mejoras.

## PASO 09:

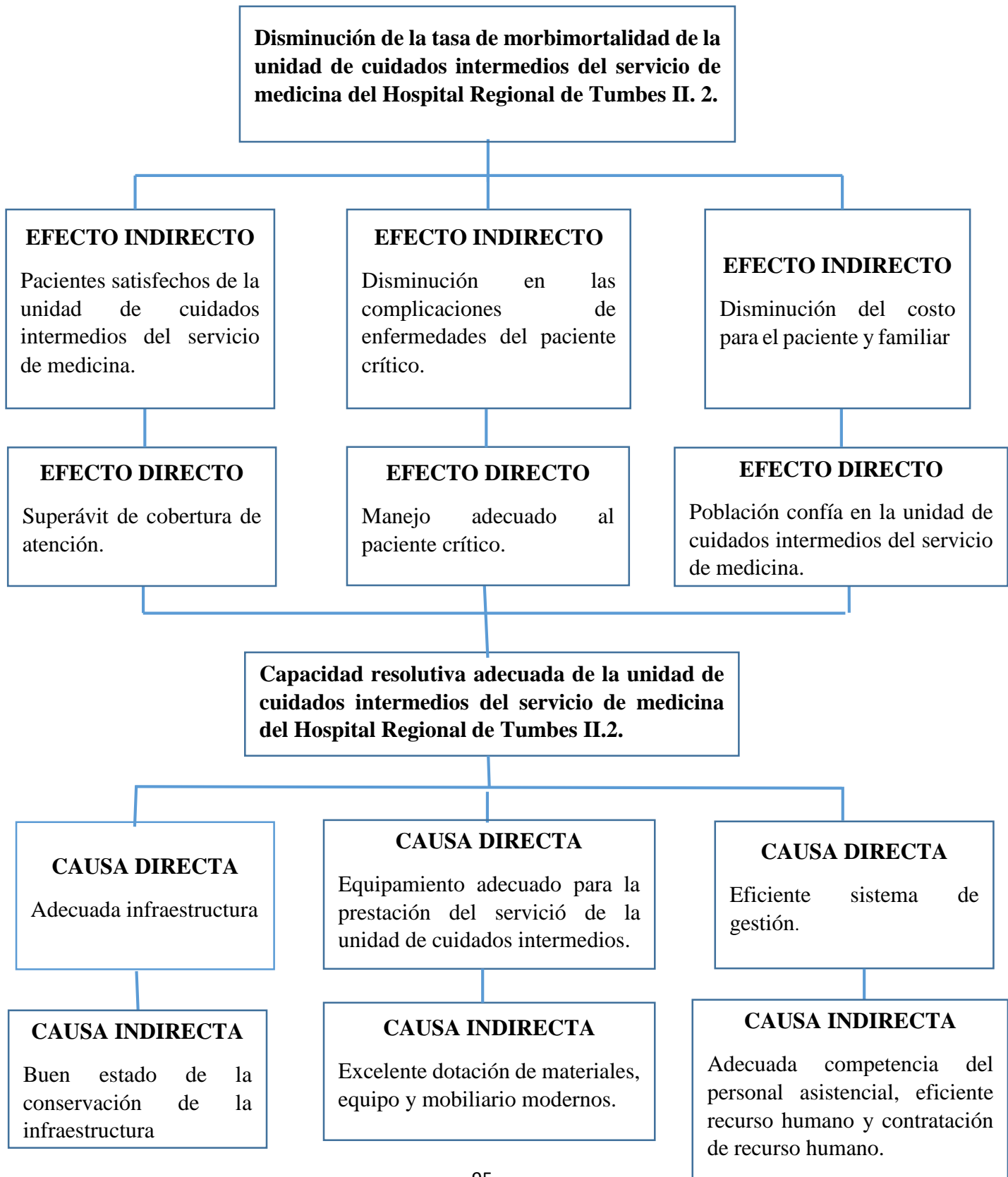
### REVISIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO Y DEFINICIÓN FINAL DEL PROBLEMA



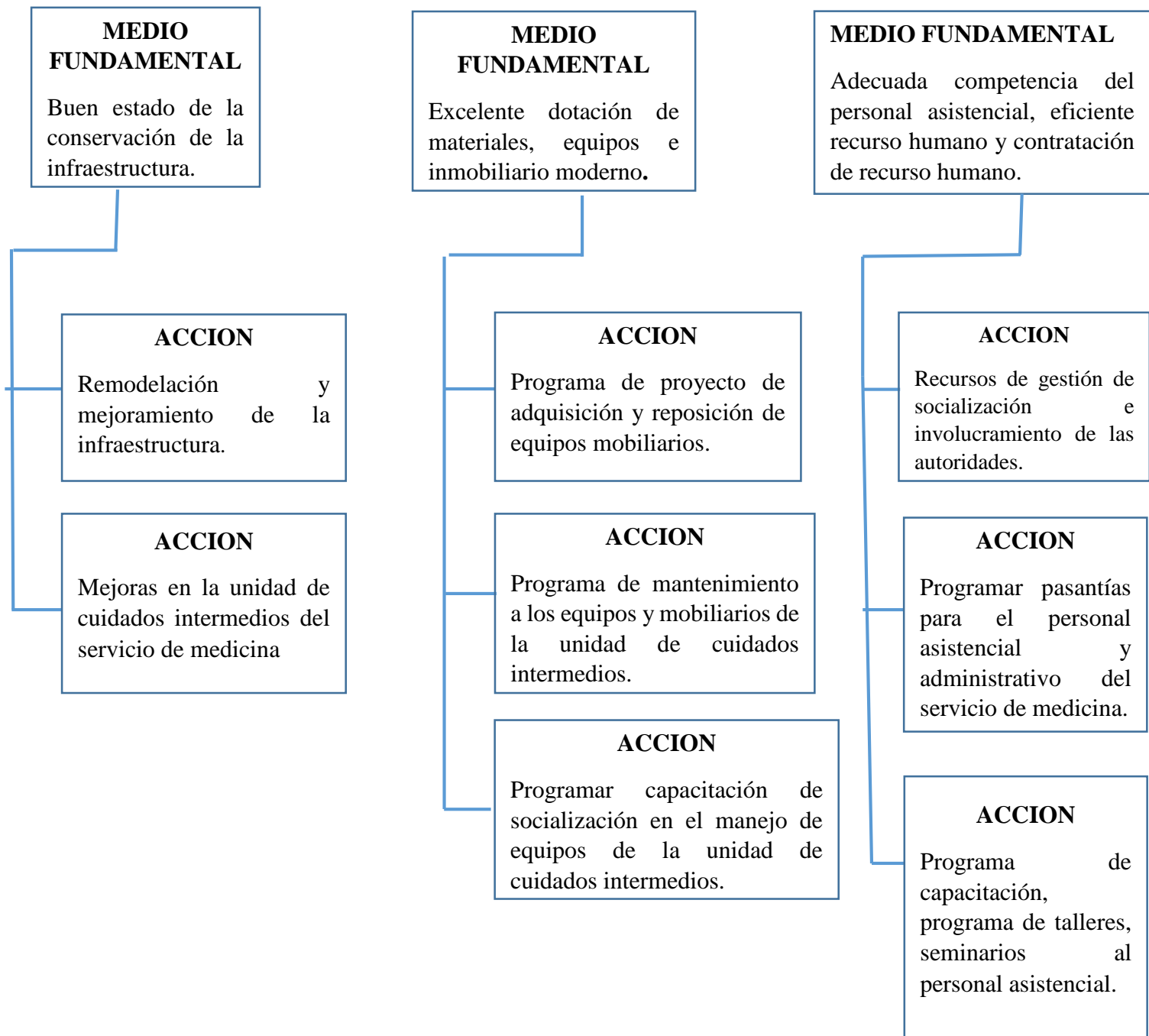
## ARBOL DE CAUSA – EFECTO



## ARBOL DE MEDIOS Y FINES



## ARBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES



### MATRIZ DE MARCO LÓGICO

		<b>RESUMEN DE OBJETIVOS</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>Causa – Efecto</b>	<b>Fin</b>	Disminución de la morbimortalidad en la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina el Hospital Regional de Tumbes II-2.				
	<b>Propósito</b>	Capacidad resolutive adecuada de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incremento en la capacidad resolutive de la unidad de cuidados intermedios del servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ % de ocupación del área y el promedio de permanencia en observación de la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registros diarios de procedimientos que se realiza en la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponibilidad de recursos financieros directamente recaudados, como</li> </ul>

			de medicina en un 50% en el primer año, 75% en el segundo año y 100% el tercer año.	unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.	unidad de cuidados intermedios. ▪ Registro e informe estadístico de servicios brindados.	provenientes del tesoro público. ▪ Interés de la institución en apoyar con la capacitación para el mejoramiento y conservación del área .
		- Buen estado de conservación de la infraestructura.	▪ Elaboración y ejecución programada de revisiones y ajustes de la unidad de cuidados intermedios del servicio de	▪ N° de revisiones y ajustes mecánicos de las diferentes instalaciones y componentes de la unidad de cuidados	▪ Informe detallado de infraestructura.	▪ El Director ordene mantenimiento correctivo para deterioro menores y restituir el estado

			medicina en un 75% en el primer año y un 100% en el segundo año.	intermedios del servicio de medicina.		inicial de una edificación.
	<b>Componentes</b>	- Excelente dotación de materiales, equipos e inmobiliario moderno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementación de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina en un 50% en el primer año, en un 75% en el segundo año y un 100% en el tercer año.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ % de materiales y equipos adjudicados y de reposición.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documentos administrativos de adjudicación y de reposición de materiales y equipos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que existan recursos económicos para el abastecimiento de materiales, equipos y mobiliario.</li> </ul>



		- Adecuado conocimiento y optimo desempeño del personal asistencial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plan de programa de capacitación elaborado, presentado y ejecutado para el personal asistencial en un 50% primer año, 75% el segundo año, y tercer año 100%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N° de capacitación constante y evaluación de lo aprendido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluación de indicadores en forma trimestral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participación por parte de las autoridades y los profesionales de la salud para brindar una atención de calidad.</li> </ul>
	<b>Acciones</b>	<b>1.A. Adaptación y mejoramiento de la infraestructura</b>	La asignación de recursos para la adaptación y mejoramiento de la infraestructura en un 50% en el primer año, 75% en el	N° de ambientes reubicados. % de mejoras en la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.	Informe de ambientes reubicados. Valoración de la obra, sustento de pagos.	Interés del organismo público en ejecutar la obra de remodelación.

			segundo año y un 100% en el tercer año.			
--	--	--	---	--	--	--

	<b>Acciones</b>	<b>1.B. Mejoras en la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina.</b>	Evaluación de indicadores de mejoras de la unidad de cuidados intermedios del servicio de medicina en un 50% en el primer año, un 75% en el segundo, en un 100% en el tercer año.	% de evaluación de indicadores de mejoras.	Informe de evaluación de indicadores.	Disponibilidad de recursos financieros para realizar las mejoras.
		<b>2.A. Programa de proyecto de adquisición y reparación de equipos mobiliarios.</b>	plan de elaboración, ejecución de adquisición y reparación de equipos mobiliarios.	N° de equipos y mobiliarios adquiridos. % de reparación de equipos y mobiliarios.	Sustento de pagos efectuados. Comprobantes. Facturas.	Disponibilidad de recursos financieros para realizar la adquisición de equipos y mobiliarios.
		<b>2.B. Programa de mantenimiento a los equipos, mobiliarios de la unidad de cuidados</b>	Mantenimiento en un 50% primer año, 75% en el segundo año y un 100% en el tercer año.	% de mantenimiento realizado a los equipos y mobiliarios.	Informe de mantenimiento. Ficha de observación.	Predisposición del personal de participar en el mantenimientos de equipos.

		<b>intermedios del servicio de medicina.</b>				
		<b>2.C. Programa de capacitación de socialización en el manejo de equipos.</b>	Socialización en el manejo de equipo en un 50% en el primer año, un 75% en el segundo año y u 100% en el tercer año.	% de capacitaciones ejecutadas en el manejo de equipo.	N° de asistentes a la capacitación de socialización.  Informe de capacitación.	Predisposición del personal de participar en la socialización en el manejo de equipos.
		<b>3.A. Programa de pasantías para el personal asistencial y administrativos.</b>	Pasantías realizadas al personal asistencial y administrativos en un 50% en el primer año, en un 75% en el segundo y un 100% en el tercer año.	N° de convenios con hospitales de alta complejidad.  N° de participantes de las pasantías.	Informe de convenios.  Registros de asistentes.	Interés de Dirección en realizar convenios con otros hospitales de alta complejidad para pasantías.  Predisposición del personal asistencial en participar en pasantías en hospitales de alta complejidad.

		<b>3.B. Programa de capacitación y programa de talleres, seminarios al personal asistencial.</b>	Capacitación, talleres y seminarios desarrollados en un 50% en el primer año, un 75% en el segundo año y un 100% en el tercer año.	N° de capacitaciones ejecutadas. N° de talleres desarrollados. N° de seminarios realizados.	Informe de capacitación, talleres y seminarios. Registros de asistentes. Fichas de observación.	Predisposición del personal en participar en capacitaciones, talleres y seminarios.
		<b>3.C Recursos de gestión de socialización e involucramiento de las autoridades.</b>	Actualización de datos en cuanto a infraestructura, equipamiento y recursos humanos en un 50% en las dos primeras semanas en un 75% en los primeros dos meses y en un 100% en los seis primeros meses.	N° de reportes e informes.	Informe de actualización de datos de infraestructura, equipamiento y recurso humano.	Disponibilidad y predisposición del director del hospital regional II-2.