

---

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

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

**IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS  
INTERMEDIOS. SERVICIO DE MEDICINA “A”  
HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRÓN-NUOVO  
CHIMBOTE, 2018**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE  
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA EN  
CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO.**

**AUTORA:**

LIC. ENF. MARIELA DEL ROSARIO CABREJOS TAMAYO

**ASESORA:**

MGTR. ENF. LEDA MARIA GUILLEN SALAZAR.

NUEVO CHIMBOTE – PERU

2019

**JURADO EVALUADOR Y ASESOR**

**DRA. ENF. MARTINA MIRTHA CABEZUDO TORRES**  
**Presidenta.**

**MGTR. ENF. ROSA MARÍA SÁNCHEZ NAZARIO**  
**Miembro.**

**MGTR. ENF. JOSÉ ORLANDO CHERO CUSTODIO**  
**Miembro.**

**MGTR. ENF. LEDA MARIA GUILLEN SALAZAR**  
**Asesora.**

## **I. AGRADECIMIENTO**

Primero a dios y a la virgen de la puerta, por el regalo de la vida y el día a día.

A mis padres por su apoyo constante en mi vida.

A la profesora Leda María Guillen Salazar por su valioso aporte y guía en la realización de este proyecto.

Al servicio de medicina a, del hospital Eleazar Guzmán Barrón; lugar donde laboro, que padece de mucha necesidad para dar inicio con este aporte de mejores cosas en bien del servicio y los pacientes, principales involucrados.

## **II. DEDICATORIA**

### **Dedico este trabajo**

y todo lo que implica a futuro a mis padres, mi sostén, mi apoyo; ya que sin su sacrificio nada de lo que soy ahora tendría sentido.

A mis colegas del servicio. personal joven que nos dejaron a cargo de un servicio en sus inicios, que tenemos toda la buena voluntad de mejorarlo, aportar para que pueda ser en un futuro no muy lejano un servicio especializado en el cuidado de la persona critica.

## INDICE

<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>I</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>II</b>
<b>I.- PRESENTACION</b>	<b>1</b>
<b>II.- HOJA RESUMEN</b>	<b>4</b>
2.1. Título de Proyecto	4
2.2. Localización beneficiaria (Distrito, Provincia, Departamento, Región)	4
2.3. Población Beneficiaria	4
2.4. Institución que representa	4
2.5. Duración del Proyecto	4
2.6. Costo Total o aporte solicitado/ aporte propio	4
2.7. Resumen del Proyecto	5
<b>III.- JUSTIFICACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>IV.- OBJETIVOS</b>	<b>20</b>
<b>V.- METAS</b>	<b>21</b>
<b>VI.- METODOLOGIA</b>	<b>23</b>
6.1. Líneas de acción o estrategias de intervención	23
6.2. Sostenibilidad del Proyecto	24
<b>VII.- SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION</b>	<b>30</b>
<b>VIII.- RECURSOS REQUERIDOS – PRESUPUESTO</b>	<b>36</b>
<b>IX.- CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES</b>	<b>39</b>
<b>X.- ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES</b>	<b>44</b>
<b>XI.- COORDINACIONES INSTTUCIONALES</b>	<b>44</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS</b>	

## **I.- PRESENTACION:**

La atención al paciente críticamente enfermo ha sido una de las áreas de la medicina que ha tenido un desarrollo más acelerado en las últimas décadas. Afortunadamente, el crecimiento se ha realizado de una manera armónica, manteniendo el equilibrio entre los avances tecnológicos y la profundización en los aspectos fisiopatológicos y patogénicos. (1)

Es así que los cuidados intensivos, que surgieron para dar una respuesta asistencial eficiente a las urgencias, se han ido transformando en un área especializada dentro de la medicina y tienen un cuerpo teórico bien definido y normas para sus prácticas aceptadas. (2)

Las Unidades de Cuidados Intermedios (UCIN) son áreas hospitalarias con dotación técnica y humana suficiente para proporcionar una vigilancia y cuidados asistenciales con nivel inferior a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), pero muy superior a las áreas convencionales de hospitalización. (1)

Las Unidades de Cuidados Intermedios constituyen formas de prestación asistencial a pacientes potencialmente críticos que permiten mejorar la relación costo-beneficio de la asistencia ofertada por los Servicios de Medicina Intensiva.

Es en estos servicios donde el profesional de enfermería juega un papel muy importante dentro del grupo multiprofesional, porque tiene la responsabilidad de

prestar asistencia intensiva integral y continua al enfermo crítico, su aporte es inestimable, dado su competencia técnica, científica y humanística que le permite realizar procedimientos sofisticados, cumplir con la terapéutica prescrita, tomar decisiones oportunas, acertadas, teniendo en cuenta las condiciones del paciente y los resultados en su evolución orgánica, bioquímica y fisiológica, lo que significa que requiere de una formación de alto nivel.(3)

Los pacientes críticos, aunque pueden presentar multitud de problemas físicos como respiratorios, cardiovasculares, gastrointestinales y neurológicos, pueden requerir cuidados esencialmente diferentes. (4)

Un cuidado integral de la persona en cuanto a necesidades básicas relacionadas con la fisiología (respirar con normalidad, comer y beber, eliminar desechos, movimiento y mantenimiento de la postura adecuada), la seguridad (la higiene corporal y evitar peligros del entorno), la autoestima (comunicarse, expresar emociones, necesidades, miedos), con la pertenencia grupal (culto a una religión) y con la auto-actualización (trabajar, recrearse y satisfacer su curiosidad). Estas necesidades básicas debido al problema de salud no pueden satisfacerse, Es entonces, y de una manera más agudizada en pacientes críticos los cuales muestran gran o total dependencia, cuando personal de enfermería actúa para que todas ellas estén cubiertas. (5)

El servicio de Medicina A, recientemente establecido, es una unidad donde ingresan pacientes con múltiples complejidades, aunado a algún tipo de infección o problemas neumológicos graves, dentro de los cuales el ingreso de pacientes desde su reciente

establecimiento; octubre del año 2018, ha sido un total de 405 pacientes, en la mayoría de los casos adultos mayores con grado de dependencia III o más. Razón por la cual es necesario contar con una sala de cuidados intermedios para pacientes críticos.

Por lo expuesto anteriormente se ha creído conveniente elaborar un proyecto de intervención titulado “Implementación de UCIN. Servicio de Medicina “A”, del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2019.”

En este trabajo de 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 del proyecto de intervención del SNIP y el esquema de Percy Bobadilla. (6)



## II. HOJA RESUMEN

### 2.1. Nombre del proyecto:

**IMPLEMENTACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS. SERVICIO DE MEDICINA A. HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON, 2019.**

### 2.2. LOCALIZACION

Localidad : Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón

Distrito : Nuevo Chimbote

Provincia : Santa

Departamento : Ancash

### 2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA

**Población directa:** Pacientes que se atienden en el servicio de Medicina A, del Hospital EGB.

**Población indirecta:** Personal de Salud que labora en el servicio de Medicina A, del Hospital EGB.

### 2.4. INSTITUCIONES QUE LO PRESENTA

Hospital Eleazar Guzmán Barrón.

Segunda Especialidad de Enfermería en Cuidado Intensivo del Adulto de la ULADECH.

### 2.5. DURACIÓN DEL PROYECTO: 1 Año

Inicio: 01 -01-2019

Término: 01-01-2020

### 2.6. COSTO TOTAL : S. / 1. 000. 505, 067 nuevos soles.

Financiando por institución que pueda apoyar la realización del proyecto.

## **2.7.RESUMEN DEL PROYECTO:**

El presente proyecto de investigación denominado; Implementación de la Unidad de Cuidados Intermedios. Servicio de Medicina “A”, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2019; surge a la necesidad de descongestionar la SCCA, y brindar mejor cuidado al paciente crítico que llega al servicio de Medicina y no puede ser admitido en SCCA.

Otro motivo en el aumento de pacientes críticos, en su mayoría adultos mayores que ingresan a la sala de intermedios.

La salud de nuestro país en la actualidad atraviesa una situación difícil, problemas de enfermedades transmisibles se combinan con las no transmisibles, configurando una morbi mortalidad compleja a la cual hay que darle respuesta desde el sistema de salud, este tiene aún dificultades para llegar a todos los peruanos y hacer que tengan un adecuado acceso a los servicios de salud, esto configura una situación de salud compleja y difícil. (7)

El Hospital Eleazar Guzmán Barrón se encuentra categorizado como nivel 2 II en el cual existe una gran demanda de enfermedades, que vienen de toda la región y que la capacidad resolutive de la misma ha ido disminuyendo con el paso del tiempo (8)

Se conoce según el último Censo de Población y Vivienda, realizado en el año 2017, que la población de Chimbote ha disminuido y que ha aumentado (duplicado) la población de Nuevo Chimbote; según los expertos analizadores refieren que mucha de la población de Chimbote a migrado a Nuevo Chimbote,

de igual manera ha aumentado el nuevo de asentamientos humanos (invasiones) hacia el área geográfica de Nuevo Chimbote. Lo que justifica el aumento poblacional que se visualiza en el Hospital EGB, del mismo modo se conoce que el Hospital La Caleta no cuenta con UCI, o UCIN, implementada, lo que aumenta la demanda de atención.

La idea de este trabajo es poder mejorar la oferta de servicios de salud para los pacientes críticos que acuden al servicio de Medicina A, los cuales se quejan por no contar con una Unidad que pueda atender de forma inmediata a los pacientes con complicaciones de su proceso de enfermedad y que muchas veces no pueden ser admitidos en SCCA, por la misma demanda, del mismo modo mejorar el recurso humano que labora en dicho servicio, dándole facilidades para capacitaciones y pasantías en favor de mejora en la atención del paciente. (9)

Teniendo en cuenta este problema se realiza el presente trabajo académico de intervención para mejorar la respuesta de enfermería en el manejo de paciente crítico que ingresen al servicio de Medicina “A”, o se compliquen en su estadía, del “Hospital Eleazar Guzmán Barrón”, Nuevo Chimbote 2019. La recolección de datos fue tomada del libro de ingresos de pacientes del servicio de Medicina A, durante los meses octubre 2018 – febrero 2019. Siendo un total de pacientes ingresados al servicio 405 desde su división a febrero del presente año.

Para la realización de este trabajo académico ha sido justificable considerar las siguientes actividades principales, coordinación con jefatura del Departamento de Medicina, Departamento de Enfermería, Dirección del

HEGB, área de capacitación y docencia, elaboración de un plan de capacitación anual, teniendo en cuenta los recursos humanos competentes, ambiente adecuado e insumos, dichas acciones han sido propuestas para ser ejecutadas en 1 año, tiempo estimado para su cumplimiento. Del mismo modo se presentará el proyecto con la finalidad de poder ser ejecutado dentro del servicio de Medicina A, en los ambientes ubicados para Cuidados Intermedios. (tanto de varones, como mujeres), logrando de ésta manera que la demanda en el servicio, la atención, y los cuidados se vean diferenciados.

### **III.- JUSTIFICACIÓN:**

La Organización Mundial de la Salud refiere a la salud, como un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o debilidad. La salud; indica, es un derecho humano, que involucra a todos los pueblos cuya realización exige de intervención de los sectores sociales, políticos y económicos, además del sector salud. (2)

“El tercer objetivo de desarrollo del milenio, con meta de realización el año 2030 indica garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos y de todas las edades, mientras el Ministerio de Salud, refiere en su tercer lineamiento; mejorar la eficiencia, calidad y acceso a los servicios hospitalarios y especializados; Lineamiento de política de salud N° 5, que se refiere al mejoramiento progresivo de la oferta y calidad de los servicios de salud. Y el lineamiento de política de salud N°6, que contempla el desarrollo de los recursos humanos. (10)

La población del Perú se encuentra relativamente urbanizada; se conoce que, para el año 2005 se calcula que este porcentaje poblacional es del 72%. Este incremento tiene un efecto positivo al tener mayor acceso a los bienes y servicios de salud, pero por otro lado su efecto adverso es la asociación con factores de riesgo relacionados a los entornos urbanos.

En los últimos años, se han observado cambios importantes en la pirámide poblacional, resaltando que la proporción de adultos mayores sea cada vez mayor. Así, se conoce que en los últimos 50 años casi se duplicó el índice de envejecimiento y la

próxima duplicación se espera que sea en sólo 20 años; del mismo modo La Esperanza de Vida al Nacer, ha mostrado un considerable crecimiento en los últimos 30 años en todas las regiones, siendo está alrededor de 71 años. (11)

La Tasa Bruta de Mortalidad en el Perú ha presentado una tendencia descendente, lo que en gran parte es atribuida a la disminución de la mortalidad infantil. La edad promedio de fallecimiento de un peruano es de 52 años, mientras que la mitad de las muertes que ocurren en el país se presenta antes de los 63 años; cifras que varían al interior del país. (12)

El Plan Nacional de Concertación en Salud, suscrito en Lima en julio 2007, y que tiene proyectado actividades hasta el 2020, en su 7mo Objetivo refiere: El control de Enfermedades Crónico Degenerativas Prevención y control de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, enfermedades relacionadas también, a isquemia del miocardio y accidente cerebro vascular. (7)

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) (83.5%), las enfermedades relacionadas con el sistema urinario (28%), y las enfermedades del aparato circulatorio (26%) se cuentan entre las principales causas de muerte por 100 mil habitantes respectivamente. Del mismo modo las muertes por cirrosis, los accidentes de tránsito, el VIH-SIDA y la Tuberculosis se da en mayor proporción en los hombres con respecto a las mujeres. (13)

El instrumento fundamental para lograr un cambio responsable en el sistema de salud es a través del capital humano. La Gestión del Desarrollar Recursos Humanos implica el de responder a las necesidades del sistema de salud, en ese sentido, debe

garantizarse una adecuada formación de los mismos, que a la vez permita el desarrollo del conocimiento y habilidades adecuadas de la ciencia médica. Ésta complementada con destrezas que permitan enfrentar las dificultades de la realidad sanitaria. Así mismo es necesario garantizar una adecuada motivación del personal de salud a través de una política de incentivos para los trabajadores de salud que laboran en ámbitos desfavorables. Es decir, se busca fortalecer la oferta de recursos humanos en salud. (14)

Un paciente crítico, es decir por su complejidad, de prioridad I, donde el profesional de enfermería debe enfocar sus conocimientos para darle una atención adecuada, del primer nivel y con seguridad, las limitaciones que se pueden presentar, están relacionadas por diversos motivos como: Falta de protocolos, equipos, mobiliario, capacitación del personal de salud; en especial, de enfermería hacen que la continuidad de la atención se afecte y con ello la calidad del cuidado y oportuna respuesta, que perjudica al “paciente crítico.” (15)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como: “Alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgos para el paciente, otorgándole así un alto grado de satisfacción para el paciente y un impacto final positivo para la Salud”. OPS. 1996.

Para entender lo que significa la calidad de atención no sólo debe enfocarse en las habilidades técnicas o de conocimiento del personal de salud, sino también las habilidades interpersonales y comunicativas, infraestructura, equipamiento. (8)

La calidad de atención es considerada dentro de los lineamientos del MINSA y el modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) como pieza fundamental que direcciona a los profesionales de salud al momento de brindar atención adecuada al paciente que acude a algún establecimiento de salud, este significado consiste en la aplicación de principios bioéticos como la justicia, la equidad, así como la preparación técnica adecuada y contar con los recursos necesarios para que éste proceso se dé de la manera precisa posible. (10).

La calidad de la atención, dentro de los servicios de salud, es responsabilidad de los diferentes grupos humanos capacitados que laboran en un hospital, sin embargo la labor de la enfermera es de particular importancia, pues es ella quien brinda atención directa y está en contacto por más tiempo con el usuario, por lo que, una atención interpersonal de buena calidad es necesaria para lograr la satisfacción del paciente y su entorno, ya que por su condición de salud, son sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de atención, incluyendo en ello méritos técnicos. La atención oportuna debe ser brindada al paciente en el momento que lo solicite, y de conformidad con su tratamiento. El trato amable se establece como parte de una relación de empatía con el paciente. (16)

En esta definición considera las expectativas de diferentes actores, entre ellos: prestadores, usuarios y financiadores. Señala que ofrecer una atención de salud con la mejor calidad posible es un desafío permanente. (15).



El modelo de atención del doctor Avedis Donabedián, define la calidad de atención como la obtención del máximo beneficio del paciente y su familiar a través de la aplicación del conocimiento y la tecnología más avanzada. Este autor también menciona que los servicios de salud, deben ser enfocados en tres niveles: estructura, proceso y resultado.

El nivel de estructura de la adecuación facilita las calificaciones del personal y los aspectos económicos de la asistencia médica, en sí son las condiciones en que se presta la atención, incluye la estructura física (instalaciones, equipos, mobiliario, etc.), recursos humanos (número, distribución y capacidad de conocimientos y técnicas del personal) así como características generales de la organización. (14).

El nivel de proceso de atención son los aspectos de la calidad de atención que demuestra que debe ser practicada adecuadamente a través de normas y acciones, se integra por las actividades, comportamientos, conducta, relación profesional de la salud con el paciente que ingresa por el servicio de medicina y las características del proceso de atención y sus consecuencias para la salud y el bienestar de la persona. (17)

El resultado, como las mediciones concretas y precisas de la eficacia de la calidad de atención, es el conjunto de cambios en el estado de salud actual y futura del paciente, el mejoramiento de su situación social y psicológica; aspectos físicos y fisiológicos que se obtienen en este nivel da como resultado de las acciones intervenciones y actuación del profesional médico y de enfermería. (18)

Además, el modelo propuesto por el doctor Avedis Donabedián abarca tres componentes de la calidad: componente técnico, interpersonal y componente del entorno o infraestructura. El componente técnico, que significa la aplicación del conocimiento y de la tecnología para el manejo de un problema que rinda lo mejor sin aumentar con ello sus riesgos, es decir que el prestador del servicio cuente con conocimientos y habilidades que le permitan realizar los procedimientos adecuados y oportunos de conformidad con las necesidades del usuario. Teniendo como características básicas la efectividad, eficacia, seguridad, continuidad y ética. (15)

El componente interpersonal, que es la interacción social que ocurre entre el usuario y el prestador del servicio de salud está basado en el dogma 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.

En cuanto al aspecto humanístico de la atención se debe tener en cuenta el respeto a los derechos humanos y a las características individuales de cada persona, información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario, amabilidad, trato cordial y calidez en la atención. (10)

Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos del entorno o la infraestructura, los cuales, son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable, evidenciando así, las características del lugar, condiciones físicas de limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio proporcionado. (19).

La calidad de atención en los servicios de salud, es responsabilidad de los diferentes grupos que laboran en un hospital, sin embargo, la labor de enfermería es de particular relevancia, ya que brinda atención directa y está en contacto por más tiempo con el usuario, por lo que una atención interpersonal de buena calidad es necesaria para lograr la satisfacción de los usuarios, ya que son sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de la atención, incluyéndoles méritos técnicos. La atención oportuna es brindar atención al paciente en el momento que lo solicite, y de conformidad con su tratamiento. El trato amable que es establecer una relación de empatía con el paciente y la comunicación (20).

El proceso de atención de Salud, constituye un espacio de interacción entre personas; por una parte, los usuarios en los cuales factores como: la complejidad del sistema sanitario, el desgaste de los profesionales y técnicos, la creación de sistemas masivos de atención de salud, así como también; la tecnificación, especialización de la ciencia, la aplicación de la tecnología y la farmacología en forma irresponsable influyen en la relación entre los equipos de salud y la comunidad usuaria. (8).

Según la norma técnica para proyectos de arquitectura y equipamiento tiene como base legal: Ley N° 26842, Ley General de Salud 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 N° 039-70 –VI y Decreto

Supremo N° 063-7-VI que aprueban el Reglamento Nacional de Construcciones y con la Resolución Ministerial N° 072-99-SA/DM. (22).

Por lo tanto, se llegó a la conclusión implementar una Unidad de Cuidados Intermedios con una adecuada infraestructura según normas y protocolos del MINSA, para que las personas que asistan al hospital realicen sus atenciones satisfactoriamente solo así mejoraremos el sistema de salud a nivel nacional.

El Ministerio de Salud, 2013; desarrollo lineamientos y medidas de reforma del sector salud; como lineamiento primero es potenciar las estrategias de intervención en salud pública, lineamiento segundo en fortalecer la atención primaria de salud, lineamiento tercero esta en mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalizados y especializados, cuarto lineamiento es reformar la política de gestión de recursos humanos, quinto lineamiento es cerrar la brecha de aseguramiento de la población pobre, lineamiento sexto es extender el aseguramiento en el régimen subsidiado de acuerdo a criterios de vulnerabilidad, lineamiento séptimo es fomentar el aseguramiento como medio de formalización, octavo lineamiento es consolidar al seguro integral de salud como operador financiero, lineamiento décimo aplicar nuevas modalidades de pago que incentiven la productividad y calidad de los servicios de salud, lineamiento décimo primero fortalecer el financiamiento del seguro social de salud, Essalud, y por lineamiento décimo segundo fortalecer la rectoría del sistema de salud (21)

Este trabajo académico que se llevará a cabo tiene como lineamiento base, el lineamiento tercero es 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 mismo Ministerio de Salud y los gobiernos regionales, 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. (23)

Se entiende por satisfacción del paciente a la evaluación positiva que éste hace sobre las diferentes dimensiones de la atención médica recibida. La importancia de su evaluación permite conocer las percepciones del cliente acerca de los estilos de prácticas, los aspectos administrativos y 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 del uso del servicio sanitario, lo cual se convierte en un indicador de calidad y, por tanto, lleva una competitividad en el mercado, lo que tiene implicaciones en costos e imagen institucional.(24)

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 de la salud. 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. (25)

Para conocer la calidad percibida por el paciente es necesario considerar los cuatro elementos que, según A. Donabedian, integran la calidad de la atención: 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 usuarios con la atención recibida. El objetivo final será detectar la atención. (26)

Estudios realizados previos a este proyecto que se han encontrado se mencionan a continuación:

Benites, E. Trujillo 2009, desarrollo un proyecto de intervención denominado Implementación de la UCI pediátrica del Hospital Belén de Trujillo, por el aumento de pacientes pediátricos críticamente enfermos, aumento de infecciones intrahospitalarias; el cual después de ser presentado a la dirección del nosocomio, fue aceptado y elevado a la dirección regional de salud para en corto plazo y con el presupuesto adecuado realizar la ejecución respectiva. (28)

Municipalidad Distrital de Callanmarca, Huancavelica 2011, desarrolló un proyecto “Mejoramiento de la capacidad Resolutiva del Puesto de Salud Callanmarca del distrito de Callanmarca, provincia de Angares y Departamento de Huancavelica”, su objetivo fue mejorar de la provisión de servicios de salud del primer nivel de atención en el distrito de Callanmarca, suficiente equipamiento para una adecuada gestión de las unidades de servicio (27)

DISAVI LIMA ESTE, 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 fue mejorar la prestación de servicios del Centro

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 con eficiencia, que existe un equipamiento insuficiente y deficiente, es decir, el equipamiento del hospital local Huaycán al no contar con los requisitos mínimos, dificulta realizar diagnósticos certeros.(28)

Marcelo, M. Nuevo Chimbote 2016, realizó la investigación de “Mejoramiento de la gestión de la calidad del servicio de Central de Esterilización del Hospital Eleazar Guzmán Barrón”, cuyo objetivo: Mejora de calidad de los procesos de desinfección y esterilización, en el cual los resultados obtenidos en este trabajo académico; sirvan a través de un sistema de gestión de la calidad, centralizar dichos 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, que personal de enfermería esté capacitado y actualizado en el manejo del material estéril, sensibilización del personal receptor de material estéril y por ende satisfacción del usuario interno (29)

El presente proyecto de Intervención denominado “Implementación de la Unidad de Atención Nutricional” se realizó en el servicio de Medicina Pediátrica del Hospital Regional Docente de Trujillo, durante el año 2003, con el propósito de mejorar la atención y el cuidado de enfermería al niño menor de cinco años hospitalizado por déficit nutricional. El proyecto se desarrolló en base a cuatro líneas de acción: Gestión,

Capacitación, Fortalecimiento de servicios, Promoción de la Salud y Participación Social; y se contó con la participación del personal de salud de servicio para su ejecución. Los resultados obtenidos fueron implementación de un ambiente para la atención integral del niño menor de cinco años hospitalizado por déficit nutricional. (30)

En la actualidad estas unidades, son parte obligatoria de todo hospital moderno en donde se debe contar con áreas de cuidados intensivos que tengan infraestructura idónea, personal capacitado y material suficiente que les permita hacer frente a toda situación que se presente con la misma doctrina de manejo y con el objetivo de obtener mejores resultados con el menor gasto de recursos (Lovesio, 1998; Arellano 1999) (31).

Las intervenciones de enfermería que rigen a su pronta recuperación es adquirir o mejorar los conocimientos para con el paciente y su entorno. (32)

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 dicho producto o servicio” (33)



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

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

- ❖ Mejorar la Oferta de Servicios de Salud para atender al paciente Critico.
- ❖ Proporcionar atención especializada, integral, eficaz y oportuna, a los pacientes críticos, demostrando competencia cognitiva, procedimental y actitudinal.

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

- Buscar el interés de autoridades de contratar Recursos Humanos capaces para la Unidad de Cuidados Intermedios, servicio Medicina A, Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote
- Adecuado conocimiento y óptimo desempeño del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios, servicio Medicina A, Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote
- Adquisición de equipos de última generación, mobiliario y material para la Unidad de Cuidados Intermedios, servicio Medicina A, Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote
- Proporcionar a la comunidad un ambiente adecuado para la Implementación de la Unidad de Cuidados Intermedios, servicio Medicina A, Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.
- Se cuenta con Guías de Intervención y Planes de Cuidados para la Unidad de Cuidados Intermedios, servicio Medicina A, Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote

## V.- METAS:

- Mejora la oferta en Salud y la calidad de atención en un 80% en los pacientes críticos del servicio de Medicina A, durante el primer año de ejecutado el proyecto
- Los pacientes de SCCA tienen un espacio para completar su estancia hospitalaria, antes de su alta.
- Mejora en un 70% la atención del paciente crítico durante los seis primeros meses y el otro 30% dentro de los 6 meses siguientes.
- Se cuenta con personal capacitado en un 50% dentro de los 6 primeros meses, y el 100% dentro de los siguientes 6 meses.
- Ambiente físico adecuado e implementado, de la Unidad de Cuidados Intermedios, servicio Medicina A, en un 100% en el primero año de ejecutado el proyecto.
- Plan de programa de capacitación elaborado, presentado y ejecutado para el personal asistencial en un 50% primer año, en un 75% en el segundo año y paulatinamente avanza hasta llegar a completar 100% en el 3er año.
- Evaluación de indicadores de calidad y mejora de la Unidad de Cuidados Intermedios, servicio Medicina A, en un 70% durante el primer año de iniciado el proyecto.
- Plan de Mantenimiento elaborado en un 100% en el 1er año, y ejecutado en los años siguientes.
- Planes de Cuidados y Guías de Intervención elaborados en un 80% durante el primer año de ejecutado el proyecto.

- Se realiza contratación de personal en un 70% durante el primer año de ejecutado el proyecto.
- Pasantías realizadas al personal asistencial de enfermería durante el 1er año de ejecutado el proyecto.

## **VI.- METODOLOGIA**

### **6.1. Líneas de Acción o Estrategias de Intervención**

#### **A. SENSIBILIZACIÓN:**

Conjunto de acciones que pretenden concientizar e influir sobre las ideas, percepciones, estereotipos y conceptos de las personas o de los grupos, para provocar un cambio de actitud en nuestras prácticas sociales, individuales y/o colectivas. La sensibilización debe ser un proceso de facilitación, reflexión y concientización del personal hacia el cambio, que genere condiciones para crear un ambiente favorable para la implantación de un modelo de calidad (35)

Una estrategia de sensibilización debe estar direccionada a ayudar a descifrar los orígenes de los problemas para provocar conciencia crítica en las personas y generar prácticas solidarias y de compromiso activo con el cambio de mentalidades, actitudes y prácticas. Se pretende que la toma de conciencia y el cambio, que han sido provocados desde la estrategia de la sensibilización, sean duraderos. De ahí la importancia de conocer el origen de los problemas, ya que de esta manera se favorece la comprensión de sus causas. (36)

#### **ACTIVIDADES:**

- ✓ Reunión con el jefe del servicio de medicina y Departamento de Enfermería, para apoyar en la realización del presente proyecto, de esta manera satisfacer las quejas y reclamos de los usuarios por la demanda excesiva y falta de lugar de atención.
- ✓ Revisión de documentos de Gestión actualizados (ROF, MOF, MAPRO, TUPA)

- ✓ Programación el rol del personal y evitar la movilización a áreas ajenas al servicio.
- ✓ Coordinación con jefaturas para que planifiquen presupuesto para la dotación de personal médico y de enfermería especialista.
- ✓ Elaboración de documentos sobre los acuerdos tomados en reunión y solicitar validación a dirección.

## **B. GESTIÓN:**

La “Gestión del cuidado de Enfermería” se conceptualiza 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 que se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud. (37)

Un sistema de gestión de la calidad en salud, es una herramienta, que le permite a cualquier organización; planear, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de los objetivos planteados, los cuales son medidos a través de indicadores de satisfacción del usuario. (38)

La enfermera responsable de 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 mismo deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos hacia la mejora continua del cuidado. (39)

La situación en el servicio de medicina A, es que no cuenta con una unidad de cuidados intermedios del paciente crítico y por la demanda de éste servicio que cada día aumenta los pacientes críticos, el personal de salud que labora es insuficiente sólo en el turno

de la mañana laboran 2 enfermeras y 1 personal técnico y los demás turnos sólo laboran 1 enfermera y 1 personal técnico; siendo necesario incrementar el personal.

**ACTIVIDADES:**

- ✓ Solicitud a dirección ejecutiva para la habilitación 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 un ingeniero civil y de arquitecto.
- ✓ Estudios de costos, presupuestos y financiamiento para la adaptación del área del servicio de medicina.
- ✓ Elaboración del proyecto de capacidad resolutive adecuada de la Unidad de Cuidados Intermedios, servicio Medicina A, Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote a DIRESA y Ministerio de Salud para la aceptación y financiamiento de la habilitación de la misma.
- ✓ 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.
- Realización del sustento técnico para el requerimiento de personal profesional y técnico de enfermería para la labor exclusiva para la Unidad de Cuidados Intermedios, servicio Medicina A, Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote
- ✓ Elaboración de plan de evaluación y monitoreo para evaluar el cumplimiento de las actividades.

- Solicitud a dirección y Dpto. de enfermería para la implementación del material, equipos para la Unidad de Cuidados Intermedios, servicio Medicina A, Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote
- Elaboración del plan de mantenimiento preventivo de materiales y equipos que se va a ejecutar en la Unidad de Cuidados Intermedios, servicio Medicina A, Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.

### **C. CAPACITACIÓN:**

Se define como Capacitación a un proceso educativo a corto plazo el cual utiliza un procedimiento planeado, sistemático y organizado a través del cual el personal de una organización, adquirirá los conocimientos y las habilidades técnicas necesarias para acrecentar su eficacia en el logro de las metas que se haya propuesto la organización en la cual se desempeña. (40)

La capacitación continua en Enfermería es una herramienta fundamental para la atención del paciente, y su desarrollo profesional, personal, los métodos sistematizados para el cuidado del paciente y el desarrollo profesional de la carrera de enfermería; la cual se orienta a la investigación en su área de trabajo, de forma que sustente sus intervenciones de cuidado basados en la experiencia y en consecuencia desarrollará un pensamiento crítico que le ayude a la toma de decisiones asertivas y a la resolución de problemas cotidianos que se le presenten día con día en su área de trabajo. (41)

## **ACTIVIDADES:**

- ✓ Coordinación con dirección del HREGB, departamento de enfermería, jefatura de medicina y área de capacitación y docencia.
- ✓ Elaboración de un programa de capacitación para el personal de enfermería.
- ✓ Coordinación con la dirección para la aprobación del plan de capacitación.
- ✓ Ejecución del plan de capacitación.
- ✓ Pasantías en hospitales de Lima o de mayor complejidad; incluido en el plan de capacitación anual del establecimiento.
- ✓ Coordinación con jefatura de enfermería para las pasantías de enfermeras.
- ✓ Elaboración del informe de pasantía.
- ✓ Replica de conocimientos y experiencias adquiridas durante la pasantía.
- ✓ Elaboración de Guías de procedimientos y/o protocolos de atención.
- ✓ Coordinación para solicitar a la dirección del establecimiento la aprobación de guías de procedimientos.

## **6.2. Sostenibilidad del Proyecto**

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo del equipo de salud que trabaja directamente en el servicio de Medicina A, que se encargará también de la unidad de intermedios, la jefatura del servicio de Medicina A, la jefatura del servicio de Enfermería y la Coordinadora del servicio de Medicina A, la coordinadora del servicio de Medicina B, tienen el compromiso de interrelacionarse con el Departamento de Medicina y la dirección del Hospital; con la finalidad de impulsar, desarrollar, mantener, y ejecutar este proyecto en forma sostenible a través del tiempo. La sostenibilidad también incluye el interés



del personal involucrado, el aspecto económico, social, medio ambiental y político.

- Las instituciones de Salud tienen como objetivo garantizar el servicio prestado al paciente hospitalizado con calidez, calidad, eficacia y eficiencia, disminuyendo así las complicaciones en la atención integral del paciente hospitalizado, durante su estancia hospitalaria, tratamiento, recuperación y alta de la Unidad de Cuidados Intermedios, servicio Medicina A.
- El MINSA, a través de SUSALUD, 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 dirección y posteriormente comunicar a los diferentes servicios a través de los jefes de departamentos y servicios de salud para ser levantadas, esto va a permitir mejorar los procesos de atención a través del control y supervisión local; 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.
- En la actualidad las políticas institucionales apoyan las estrategias para el mejoramiento de cada institución para garantizar aún más la calidad de atención en beneficio del paciente, anualmente también se realiza la autoevaluación para la acreditación como hospital, la cual incluye dentro de los macro procesos de evaluación, por todo ello el equipo de gestión del Unidad de Cuidados Intermedios, servicio Medicina A, y la dirección general también apoyará en la sostenibilidad del presente proyecto.

## VII.- SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION

### MATRIZ DE SUPERVISIÓN

JERARQUIA DE OBJETIVOS	METAS POR CADA JERARQUIA	INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTO	DEFINICION DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
<b>MEJORA LA OFERTA DE SERVICIOS DE MEDICINA A, PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CRITICOS</b>	Mejora la oferta en Salud, y la calidad de atención en un 100% de los pacientes críticos del servicio de Medicina A	Aumentan los porcentajes de Estándares de Calidad	1 médico intensivista 1 enfermera especialista en cuidados intensivos 1 técnica de enfermería	Informes Estadísticos sobre Estándares de Calidad. -Tasa de Morbimortalidad de pacientes en descenso.	Trimestral Semestral Anual	Informes de Actividades mensuales
<b>INTERES DE AUTORIDADES DE CONTRATAR RECURSOS HUMANOS</b>	Mejora en un 100%, la atención del paciente crítico durante el 1año de trabajo	Encuestas de Satisfacción del usuario, con estándares elevados	Formato de Encuesta de Satisfacción del usuario	Se entrega plan de contratación de personal. -Contratos elaborados para el personal. - Estándares de usuarios satisfechos y disminución de reingresos	Semestral Anual	Encuestas de Satisfacción de usuarios
<b>PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA</b>	Se cuenta con personal capacitado en un 100% durante el 1er año.	. Mejora la atención del pcte crítico. . Disminuyen las complicaciones del pcte crítico.	Totalidad de personal enfermería y técnico de enfermería capacitado	Plan de Capacitación Anual. Registro de Asistencia a capacitaciones programadas en el año.	Mensual Anual	Datos estadísticos hospitalarios.
<b>GESTIÓN DE AUTORIDADES</b>	Ambiente físico adecuado e implementado en un 100% durante el 1er año de ejecutado el proyecto.	Se acondiciona ambiente adecuado para la implementación de UCIN en el servicio de Medicina A. -Se presenta propuesta de compra de equipos médicos para implementación de UCIN		Ambiente de UCIN, debidamente implementado y equipado para la atención del paciente crítico. - Informe Estadístico de satisfacción del usuario en avance.	Anual	
<b>INTERES DEL PERSONAL</b>	Hacia el 1er año de ejecutado el proyecto se cuenta con totalidad de personal contratado y experimentado para laborar en el servicio	Personal contratado por CAS, aunado a personal con experiencia en el servicio	1 médico intensivista 1 enfermera especialista en cuidados intensivos con experiencia en el servicio 1 técnica de enfermería	Documentos de programación de Concurso de Personal	Anual	Personal capacitado laborando en el servicio y personal contratado que accede a plaza por concurso.

## MATRIZ DE MONITOREO

RESULTADOS DEL MARCO LOGICO	ACCIONES O ACTIVIDADES	METAS POR ACTIVIDAD	INDICADORES DEL PRODUCTO	DEFINICION DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	FRECUENCIA	INSTRUMENTO QUE SE UTILIZARA PARA EL RECOJO DE LA INFORMACION
<b>MEJORA LA OFERTA DEL SERVICIO DE SALUD PARA ATENDER PCTES CRITICOS</b>	Mejoramiento del trato y condiciones de atención.	Mejora la oferta en Salud, y la calidad de atención en un 85%, en el 1er año	Aumentan los % de Estándares de Calidad	3 medico intensivo 3 enfermeras especialistas 3 técnicos de enfermería	Informes estadísticos	Trimestral Semestral Anual	Censo diario Informe de Actividades Mensuales Estadísticas hospitalaria
<b>Incremento Recursos Humanos</b>	Plan de requerimiento de personal por necesidad de servicio	Se cuenta con personal contratado en el 1er año de iniciado el proyecto	% de personal contratado en el 1er año de iniciado el proyecto	Encuesta de Satisfacción del usuario con estándares adecuados	Concurso para requerimiento de personal. Contratos firmados	Semestral Anual	Encuesta de satisfacción del usuario
<b>Personal Enfermería Capacitado</b>	Plan de Capacitación y Plan de Pasantías para el personal de Enfermería	Personal capacitado en un 100% durante el 1er año	% de personal capacitado	Post test, posterior a las capacitaciones	Asistencia del personal a capacitaciones	Anual	Formato post test Lista de Cotejo Informe Final de Pasantia

<b>Ambiente adecuado y Adquisición de equipos</b>	Se acondiciona ambiente adecuado para Implementación de UCIN. Se presenta propuesta para la compra de equipos	Ambiente adecuado e implementado en un 100% durante el 1er año de ejecutado el proyecto	% avance de implementación y adecuación	Fotos Boletas de compra de equipos		Anual	Informe Final de Proyecto
<b>Guías de intervención y Planes de Cuidados</b>	Planes de Cuidados y Guías de intervención elaborados	Mejora el trabajo del personal capacitado de modo progresivo	% avance del trabajo del personal	Informe de Guías y Planes presentados	Guías de Intervención y Planes de Cuidados aprobados	Semestral Anual	Informe Evaluación del personal

## 1.1. BENEFICIOS.

### ❖ BENEFICIOS CON PROYECTO:

- Disminución de la tasa de morbilidad en la Jurisdicción
- Mejora la oferta de los servicios de salud, para la atención de pacientes críticos enfermos.
- Disminución de las infecciones intra hospitalarias
- Disminuiría las referencias a otros establecimientos de mayor complejidad, a menos que la situación lo amerite.
- Aumento en el ingreso económico por los servicios de atención
- Descongestión en el servicio de SCCA
- Apoyo en la recategorización y cambio de nivel hospitalario para la institución.
- Satisfacción del personal de salud que labora en el servicio, por disminución de la carga laboral y mejoraría la atención al paciente, pensando en la dualidad calidad –calidez.
- Mejoramiento en los procesos (organización, guías, protocolos) con personal calificado que brinda atención oportuna y eficaz.
- Se tendrá un mejor control de las complicaciones que se presentan en los pacientes críticos de la Unidad de Cuidados Intermedios, servicio Medicina A, Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote

❖ **BENEFICIOS SIN PROYECTO:**

- Aumento de la tasa de morbi-mortalidad en la Jurisdicción
- Insatisfacción del usuario de Medicina A y usuario general
- SCCA, continúa con deficiente capacidad resolutive para atención de los pacientes.
- Se mantiene o decrecen los ingresos económicos por los servicios de atención
- Desarticulación de los procesos (organización, guías, protocolos) con personal no calificado que brinda atención inoportuna e ineficaz.
- Continúan los egresos de costos por la continuidad de referencias a establecimientos de mayor complejidad, en problemas de salud, por la falta de la Unidad necesaria.
- Continúa la sobrecarga laboral, en pacientes que, por su grado de dependencia, requieren de cuidados especializados en ambiente adecuado.
- La prestación de servicios seguirá dándose de baja calidad, pensando en la atención rápida del paciente, pero muchas veces no teniendo la dualidad calidad – calidez. (confort)
- Ambientes inapropiados, aumento de infecciones intrahospitalarias por la congestión de patologías, pacientes que ameritan administrar fármacos en bomba de infusión, tener líneas arteriales, monitores Multiparámetros, desfibriladores, etc.

## VIII.- RECURSOS REQUERIDOS – PRESUPUESTO

### 1.1. Humanos

RECURSOS HUMANOS	HORAS MENSUALES	COSTO POR HORAS	COSTO TOTAL EN 1 AÑO
MEDICO INTENSIVISTA	1200 HORAS	40.00	144.000
ENFERMERA ESPECIALISTA	1800 HORAS	23.00	124.200
TECNICO DE ENFERMERIA	1800 HORAS	12.00	64800
<b>COSTO TOTAL EN RECURSO HUMANO</b>	4800 HORAS	75.00	403.200

### 1.2. Materiales

#### Material para Capacitación: 10 personas por capacitación

Nº	CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
1	Impresiones, fotocopias	300	0.20	60.00
2	Gigantografías	02	15.00	30.00
3	Materiales de trabajo: fólderes, lapiceros, papel bond.	60	1.50	90.00
4	Equipo Multimedia	01	50.00	50.00
5	Refrigerio	13	10.00	130.00
6	Agua para ponentes	12	2.00	24.00
	<b>COSTO TOTAL</b>			384.00

### 1.3. Presupuesto para Pasantía

PERSONAL DE SALUD	N°	TIEMPO DE	APORTE REQUERIDO PARA LA SUPLENCIA POR	SUB TOTAL
		PASANTIA	PERSONAL X MES	
ENFERMERAS	03	90 DIAS	2.900	26.100
<b>COSTO TOTAL</b>				26.100

### 1.4. Presupuesto para la implementación de ambiente

CODIGO	DENOMINACION	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
	Monitor Multiparámetros	02	2000	4000
	Oxímetros de pulso	04	360.00	1440.00
	Bombas de Infusión	04	3600.00	14.400
	Manómetros	04	200.00	800.00
	Biombos	04	600.00	2400
	Mueble fijo con lavadero	01	180.00	180.00
	Papelera	02	30.00	60.00
	Lámpara cuello de ganso	01	120.00	120.00
	Cubeta para medicamentos	02	45.00	90.00
	Coche de curaciones	01	300.00	300.00
	Portasueros	06	100.00	600.00
	Porta historias	01	20.00	20.00
	Mesa de mayo	01	150.00	150.00
	Desfibrilador Monitor	02	19000.00	38000.00



	Equipo de Paro Cardiaco	01	11000.00	11000.00
	Pantoscopio	01	500.00	500.00
	Electrocardiógrafo	01	6000.00	6000.00
	Vitrinas	02	700.00	1400.00
	Nebulizadores	02	800.00	1600.00
	Laringoscopio	01	1800.00	1800.00
	Glucómetro	01	300.00	300.00
	Reloj	01	30.00	30.00
	Lector de AGA	01	6000.00	6000.00
	Tubos oro-traqueales N° 7,7.5, 8	3 de c/u	3000.00	3000.00
	Cama hospitalaria para UCI	02	11.000	22.000
	<b>TOTAL</b>			84570.00

### 1.1. Resumen de presupuesto:

DENOMINACION	APORTE REQUERIDO	APORTE PROPIO	COSTO TOTAL
Recursos Humanos	135.00		135.00
Materiales	84570.00		84570.00
Materiales para Capacitación	384.00		384.00
Presupuesto para Pasantía	8.700		8.700
<b>TOTAL</b>	93789.00		93789.00

**IX.- CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES:**

**PLAN OPERATIVO.**

**OBJETIVO GENERAL:** Mejora la oferta de servicios de Salud, servicio Medicina A, para la atención de pacientes críticos.

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA		INDICADOR
					2020		
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	2019	2020	
					I SEMESTRE	II SEMESTRE	
1	Elaboración del proyecto denominado “Implementación de la Unidad de Cuidados Intermedios, en el servicio de Medicina A, Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón – Nuevo Chimbote	1	Informe	300	x		Proyecto Elaborado
2	Presentación y exposición del proyecto a la Universidad privada Los Ángeles de Chimbote	1	Informe	20.00	x		Proyecto Elaborado
3	Presentación y exposición técnica del proyecto al jefe del departamento de medicina A, jefe de departamento de enfermería, a la Dirección del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón	1	Informe	20.00	x		Proyecto Presentado
4	Elaboración de Estudio de Factibilidad Estructural para la Implementación de la Unidad de Cuidados Intermedios, Servicio Medicina A	1	Informe	20.00	x		Proyecto Presentado
5	Reunión con la coordinadora del servicio de Medicina A y personal asistencial y administrativo para el apoyo en la ejecución del proyecto	1	Informe	40.00		X	Reuniones realizadas
6	Reunión con la Unidad de Capacitación para la asesoría del programa de capacitación	2	Informe	30.00		X	

7	Reunión con la Jefa del departamento de Enfermería, coordinadora del servicio de Medicina A y personal asistencial para formar el comité de mejora continua para el apoyo en la ejecución del proyecto	2	Informe	30.00		X	Proyecto Presentado
8	Ejecución del Proyecto de Desarrollo	1	Informe	20.00		X	Proyecto Ejecutado
9	Evaluación del Proyecto de Desarrollo	1	Informe	20.00		X	Proyecto Desarrollado
10	Presentación de Informe Final	1	Informe	20.00		X	Proyecto Presentado

**A. OBJETIVOS ESPECIFICOS: Interés de Autoridades de Contratar Recursos Humanos**

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019 - 2020									
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	E N E R O - A B R I L 20
1	A.1 Plan de contratación CAS, por necesidad de servicio	Se presenta Plan de contratación anual con sustento técnico al Departamento de Enfermería y a la Dirección ejecutiva para la Unidad de Cuidados Intermedios, servicio Medicina A.	Solicitud	2.00									X	
	A.2. Se cuenta con personal contrato en UCIN.	Contratación de Recurso Humano (1 Médico Intensivista, 3 Enfermeras Especialista, 3 Técnicos de Enfermería	Convocatoria para Recursos Humanos	32.400										X

**B. OBJETIVOS ESPECIFICOS: Programas de Capacitación para el Personal de Enfermería**

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019 – 2020													
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	E N E R O - A B R I L 20				
2	B.1 Se presenta Plan de capacitación y Plan de Pasantías para el personal de Enfermería	Coordinación con Dirección, Departamento de Enfermería y Unidad de Capacitación.	Documentos de Gestión	200.00														
		Presentación del programa de capacitación y Plan de Pasantías a Dirección, Departamento de Enfermería y Unidad de Capacitación para la aprobación	Informe	100.00										X				
		Elaboración y presentación de Proyecto de Pasantía al Hospital de mayor complejidad	Solicitud	50.00											X			
		Solicitud a la Dirección para la aprobación del programa de Capacitación y pasantías	Solicitud	100.00														X
		Realización de Capacitaciones al personal de Enfermería y ejecución de pasantías	Registro de Asistencia	120.00														X
		Evaluación de Informe Final de Capacitación y Pasantía																X

**C. OBJETIVOS ESPECIFICOS: Gestión de Autoridades**

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019 - 2020										
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	ENERO – ABRIL 2020	
3	C.1 Se acondiciona ambiente adecuado para la Implementación de la UCIN	Coordinación con Dirección, Departamento de Enfermería y Unidad de Capacitación para la sustentación técnica de la UCIN	Documentos de Gestión	100.00					X						
	C.2. Propuesta para compra de equipos para Implementación de UCIN	Reunión técnica con DIRESA Ancash, Dirección, Departamento de Medicina, Departamento Enfermería para la aceptación y financiamiento del proyecto.	Informe	100.00					X						
	C.3. Ambiente UCIN implementado de acuerdo a normatividad vigente	Reunión técnica con, Dirección, Departamento de Medicina, Departamento Enfermería y Unidad de Presupuesto para el financiamiento de la compra de equipos para la Implementación de UCIN.	Informe	400.00							X				

## **X.- ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES**

El Proyecto de Intervención “Implementación de la Unidad de Cuidados Intermedios. Servicio de Medicina “A”. Hospital Eleazar Guzmán Barrón – Nuevo Chimbote, 2019”, estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo de gestión de calidad enfermería, jefatura de servicio y Departamento, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar de las actividades propias del proyecto.

## **XI.- COORDINACIONES INSTITUCIONALES**

Se coordinará con el Comité de Gestión del Hospital EGB, así como con el Cuerpo Médico y las jefaturas de los servicios involucrados, para su participación y apoyo en la solución de la problemática encontrada, con quienes establecerá coordinaciones para el logro del proyecto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Centro de Altos Estudios Profesionales (CAEP) – Diplomado. Módulo I. 2015. Pag.6-16
2. <http://www.medintensiva.org/es-unidades-cuidados-intermedios-consecuencias-asistenciales-articulo-13110701>
3. Plan Nacional Concertado de Salud. MINSA. Julio 2007.
4. Washington, “La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe”. OPS. 2014.
5. SEGURO SOCIAL DEL PERU. “UCI de ESSALUD Ancash cuenta con nuevo equipamiento Médico”. Chimbote – 2017. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/uci-de-essalud-ancash-cuenta-con-nuevo-equipamiento-medico>
6. Percy Bobadilla Díaz. “Desarrollo y Cambio Social: Aportes y Retos para las ONGs. [www.inmetconsultorios.com/lista-publicaciones/2/publicaciones-metodologicas/pag-1](http://www.inmetconsultorios.com/lista-publicaciones/2/publicaciones-metodologicas/pag-1). Financiado por USAID- PACT/PERU -1997.
7. Donabedian A. “Garantía y monitoria de la Calidad de la Atención Médica. Instituto Nacional de Salud Pública. México. 1998.
8. Alcántara M. “La Definición de Salud de la OMS y la Interdisciplinariedad”. Redalyc Sapiens. 2008; 9 (1); 93-107.
9. Lineamientos de Política de Salud 2007 – 2020. Resolución Ministerial. Pag.26, 36, 37, Perú -2007.



10. Objetivos de Desarrollo Sostenible-Wikipedia (en línea) la enciclopedia libre.  
(fecha de acceso 13 de enero del 2019) URL disponible en:  
[http://es.wikipedia.org/wiki/objetivos\\_de\\_Desarrollo\\_Sostenible](http://es.wikipedia.org/wiki/objetivos_de_Desarrollo_Sostenible).
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil socio demográfico del Perú. Censos Nacionales: XII de Población y VII de Vivienda, INEI, UNFPA, PNUD. Lima – 2017.
12. 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.
13. Quinto V. Percepción de los pacientes y familiares sobre la calidad del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de emergencia del INEN.  
Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
14. Donabedian A. “La Calidad de Atención Médica. 2da Ed. México – Prensa Mexicana; 1994.
15. Donabedian A. Garantía y monitoria de la Calidad de la Atención Médica.  
Instituto Nacional de Salud Pública. México. 1998.
16. Plan Nacional Concertado de Salud. Rosal Ministerial. N°589 – 007/MINSA.  
20-7-2017. – Pag. 1-5; 8-14; 18-20; 2-29.
17. Silva G, Galicia P. La Calidad de atención interpersonal de enfermería. (en Línea) Fecha de acceso 13 de marzo del 2018. URL disponible en:  
[http://hopitalgeneral.salud.gb.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti\\_17.pdf](http://hopitalgeneral.salud.gb.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_17.pdf).
18. García –Alcaraz A. (1997) Los trastornos somatomorfes y co-morbilidad: un estudio sobre los pacientes que solicitan atención sin tener un diagnóstico médico. Salud Mental, 20 (2).

19. Médica. IMSS- 1997;35(4):257-268.
20. World Health Report. World Health Organization; 2013
21. Norma Técnica de Salud para la atención integral de Salud. (en Línea).  
(Fecha de acceso 17 de febrero del 2019) URL disponible en:  
<http://unfpa.org.pe/Legislacion/.../20131224-MINSA-NT-Atención-Salud-Materna.pdf>
22. 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.
23. Vivamos el cambio. Reforma de Salud. Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. Pp.47. Lima. Perú. 2013.
24. Feldman, L. Vivas, E. La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. Revista de calidad asistencial. Vol. 22. N°3. Venezuela – 2007.
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. 1995
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 resolutive de Centro Quirúrgico Obstétrico y Laboratorio en el Hospital local Huaycán. Lima.2003.

29. Marcelo, N. Mejoramiento de la gestión de la calidad del servicio de Central del Esterilización del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Ancash. Perú. 2016.
30. Romero, D. “Implementación de la Unidad de Atención Nutricional, en el servicio de Pediatría. Hospital Regional Docente de Trujillo. Trujillo – 2003.
31. Lovesio, C. (1998). Medicina Intensiva (3° ed.). México. Interamericana.
32. Arellano, P. (1998). Cuidados Intensivos en Pediatría. (3°ed). México. Interamericana.
33. 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.
34. International Organization for Standardization. Quality: terms and Definitions. 1989.
35. Inducción, re inducción y sensibilización para el personal de enfermería. (En Línea). (Fecha de acceso 22 de marzo del 2019). URL disponible en: <http://normatividadlegislacionsig.blogspot.com/2009/05/que-es-la-sensibilizacion.html>.
36. Herrera A., García A. “Criterios de admisión y alta para la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) en adultos. Manejo Integral del paciente Crítico”. (Internet).2014 (Citada 2017 Dic.18).2943. –disponible en: <https://laureanoquintero.files.wordpress.com/2014/02/criterios-de-admision-y-alta-para-la-unidad-de-cuidados-intensivos-uci.pdf>

37. Curso de Gestión en las redes de establecimientos y servicios de salud. Supervisión, monitoreo y evaluación –PFSS.MINSA. PERU- 1998.
38. Alan Williams. Eficiencia en la Atención Sanitaria y libertad clínica. Labor – Hospitalaria.2014; p.p. 3-4: 233.234.
39. Universidad Corporativa. Sistema de Gestión de la Calidad. Entrada en vigencia el 14 de enero de 2012. Disponible en:  
<https://www.ucc.edu.co/sistema-gestion-integral/Paginas/sistema-gestion-calidad.aspx>
40. Capacitación y Desarrollo de los Recursos Humanos. Ministerio de Salud Pública. Tomo II. Habana – Cuba; 2008.
41. Morfi R. “Gestión del Cuidado en Enfermería”.
42. Censo de Población y Vivienda del INEI, para el año 2017. Disponible en :  
<https://www1.inei.gob.pe/sistemas-consulta/>

# ANEXOS

## **ANEXO 01**

### **DIAGNOSTICO SIATUACIONAL**

El servicio de Medicina A, del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, está ubicado en el lado derecho, del segundo piso, cuenta 10 habitaciones, es un área recientemente dividida (setiembre 2018) cuatro habitaciones están destinados para pacientes infectados, dos habitaciones destinadas para aislamiento invertido, cada habitación alberga a tres pacientes; dos habitaciones para pacientes de especialidad, en cada habitación alberga un promedio de 4 pacientes y dos habitaciones para cuidados intermedios, uno para varones y otro para mujeres; cada uno alberga 02 camas; dando un total de 30 camas disponibles. Al iniciar el trabajo en el servicio se ha proyectado para 15 camas; cuenta además con dos espacios destinados a tópico de enfermería para pacientes infectados y no infectados cada uno; dónde se puede realizar procedimientos como la inserción de catéter venoso central, drenaje torácico, muestras de pruebas diagnósticas.

En las habitaciones de Cuidados Intermedios, no se cuenta con equipos e insumos para la monitorización y tratamiento adecuado del paciente crítico, siendo en muchas ocasiones salas insatisfactorias para las necesidades que requiere el paciente, por no contar con coche de paro, desfibriladores, ventilador mecánico, bombas de infusión, etc.; los cuales generan gastos en los familiares y que en muchas ocasiones el SCCA, no cuenta con camas suficientes para recibirlos, en otras oportunidades la complejidad e infección ya no los pueden recibir. (Criterios de Admisión), es por estas razones que se ha visto en la necesidad de Implementar una Unidad de Cuidados Intermedios en el

Servicio de Medicina A, con ello se lograría la satisfacción del paciente, disminuiría brechas de morbimortalidad, reingreso e infecciones intrahospitalarias.

El Hospital Eleazar Guzmán Barrón, tiene su ámbito de acción de influencia, zona de referencia y contrarreferencia, a la Red de Salud Pacífico Sur, Unidad ejecutora, dependiente de la DIRESA Ancash. Tiene como límites por el sur, con el Departamento de Lima, por el norte, el Rio Lacramarca, Chimbote y el Departamento de La Libertad. Tiene una superficie territorial de 9.074.69 Km<sup>2</sup>, que constituye el 25.2% de la superficie regional, y en el que viven, el 21.8% de la población de Ancash. Está conformada por dos sectores: El sector Andino (24% del territorio) y el sector Costa (76% del territorio). La parte más baja de la jurisdicción, está situada en el Distrito de Culebras (Provincia de Huarney), cuya altitud de 5 msnm y la parte más alta se encuentra en la capital del Distrito de Colcabamba (Provincia de Huaraz) cuya altitud es de 3.136 msnm. Se encuentra conformada por 19 distritos, que corresponde a 5 provincias de la Región Ancash, siendo las provincias: Santa, Casma, Huarney, Huaraz y Yungay

Se estima como referencia cercana que la población del distrito de Nuevo Chimbote, en el censo 2017 ha sido un estimado de 156.444 habitantes. (42).

**CUADRO N°01****Provincias y Distritos de Influencia directa en Hospital “EGB”**

<b>PROVINCIAS</b>	<b>DISTRITOS</b>
SANTA	Cáceres del Perú
	Moro
	Nepeña
	Nuevo Chimbote
	Samanco
CASMA	Buena Vista
	Casma
	Comandante Noel
	Yautan
HUARMEY	Culebras
	Huarmey
	Huayan
	Malvas
HUARAZ	Cochabamba
	Colcabamba
	Huanchay
	Pariacoto
YUNGAY	Quillo
	Shupluy

Fuente: ASIS Red de Salud Pacifico Sur. 2012



### **1.1.ANALISIS DE LA DEMANDA:**

El servicio de Medicina, del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, recientemente dividido en 2 pabellones, Medicina A, área de especialidades e infectados y Medicina B, área de Medicina Interna.

En Medicina A, se cuenta con ambiente de Intermedios, tanto de varones como mujeres, en donde no se cuenta con el equipamiento adecuado, tanto de mobiliario, equipo médico y materiales para el adecuado y oportuno tratamiento del paciente crítico.

Además, cabe destacar que el crecimiento poblacional del distrito de referencia, donde se ubica el hospital, ha ido en aumento, excediendo la demanda de atención de pacientes y por ende la complicación de sus patologías.

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

La demanda en el servicio de medicina A, proviene de las siguientes jurisdicciones sanitarias: Área Hospitalización, consultorios externos, servicio de Emergencia, del Hospital “EGB”, Centro de Salud Yugoslavia, Puesto de Salud Villa María, Puesto de Salud Satélite, Puesto de Salud Nicolás Garatea, Puesto de Salud San Jacinto, Hospital San Ignacio de Casma, Hospital de apoyo Huarmey y periferie; así como, Maternidad de María, Hospital La Caleta y Essalud.

En el servicio de Medicina A, brinda servicios en tratar enfermedades y complicaciones en pacientes de especialidad e infectados, pacientes adultos mayores críticos hospitalizados, pero las condiciones físicas, recursos humanos, 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 sobre demanda de pacientes críticos
- ✚ Aumento de la morbi-mortalidad de los pacientes críticos.
- ✚ Elevada prevalencia de enfermedades no trasmisibles en el adulto mayor (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus con complicaciones tardías, enfermedades cardíacas, renales y gastrointestinales
- ✚ Aumento de pacientes con TBC, TBC MDR y XDR, VIH en pacientes jóvenes.
- ✚ Complicaciones y reingreso del paciente crítico
- ✚ Tratamiento y medicación inoportuna
- ✚ Diagnósticos inoportunos
- ✚ Deficiente monitoreo
- ✚ Sobrecarga laboral
- ✚ Mínimo personal en la atención del paciente critico hospitalizado por déficit de personal
- ✚ Equipos obsoletos, falta de equipamiento médico
- ✚ Déficit de Guías y Protocolos
- ✚ Prolongación de la estancia hospitalaria
- ✚ Falta de coche de paro
- ✚ Se evidencia la insatisfacción del usuario

**CAPACIDAD RESOLUTIVA INADECUADA EN EL SERVICIO DE MEDICINA A.**

**PASO 02:**

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

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

**PASO 03:**

**LLEVAR A CABO UN DIAGNÓSTICO.**

**Dimensión Humana:**

- ✚ Paciente crítico con manejo inadecuado por no contar con la unidad de cuidados intermedios en el servicio de Medicina A.
- ✚ Complicaciones y reingreso del paciente crítico
- ✚ Retraso en la atención y valoración del paciente crítico
- ✚ Diagnósticos inoportunos
- ✚ Retraso en la atención por no contar con coche de paro, desfibrilador, balón de oxígeno, humidificadores, equipo de ventilación mecánica, bomba de infusión perenne en el servicio.

**Dimensión Técnica – Científica:**

- ✚ Riesgo en las complicaciones
- ✚ Equipamiento inadecuado e insuficiente
- ✚ Carencia de equipos y mobiliario para este nivel resolutivo.

El servicio de Medicina A, del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, está ubicado en el lado derecho, del segundo piso, cuenta 10 habitaciones, es un área recientemente dividida (setiembre 2018) cuatro habitaciones están destinados para pacientes infectados, dos habitaciones destinadas para aislamiento invertido, cada habitación alberga a tres pacientes; dos habitaciones para pacientes de especialidad, en cada habitación alberga un promedio de 4 pacientes y dos habitaciones para cuidados intermedios, uno para varones y otro para mujeres; cada uno alberga 02 camas; dando un total de 30 camas disponibles. Al iniciar el trabajo en el servicio se ha proyectado para 15 camas.

Las causas de la Insatisfacción del paciente y familiar es que siempre se necesita del material que no se cuenta para que tanto como médico y enfermera puedan resolver complicaciones que se puedan presentar y así el paciente y su familiar se sienta satisfecho con el servicio recibido.

El Hospital Eleazar Guzmán Barrón, tiene su ámbito de acción de influencia, zona de referencia y contrarreferencia, a la Red de Salud Pacífico Sur, Unidad ejecutora, dependiente de la DIRESA Ancash. Tiene como límites por el sur, con el Departamento de Lima, por el norte, el Río Lacramarca, Chimbote y el Departamento de La Libertad. Tiene una superficie territorial de 9.074.69 Km<sup>2</sup>, que constituye el 25.2% de la superficie regional, y en el que viven, el 21.8% de la población de Ancash.

**PASO 04:**

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

El Hospital Eleazar Guzmán Barrón, tiene su ámbito de acción de influencia, zona de referencia y contrarreferencia, a la Red de Salud Pacífico Sur, Unidad ejecutora, dependiente de la DIRESA Ancash. Tiene como límites por el sur, con el Departamento de Lima, por el norte, el Rio Lacramarca, Chimbote y el Departamento de La Libertad. Tiene una superficie territorial de 9.074.69 Km<sup>2</sup>, que constituye el 25.2% de la superficie regional, y en el que viven, el 21.8% de la población de Ancash. Está conformada por dos sectores: El sector Andino (24% del territorio) y el sector Costa (76% del territorio). La parte más baja de la jurisdicción, está situada en el Distrito de Culebras (Provincia de Huarmey), cuya altitud de 5 msnm y la parte más alta se encuentra en la capital del Distrito de Colcabamba (Provincia de Huaraz) cuya altitud es de 3.136 msnm. Se encuentra conformada por 19 distritos, que corresponde a 5 provincias de la Región Ancash, siendo las provincias: Santa, Casma, Huarmey, Huaraz y Yungay.

Se estima como referencia cercana que la población del distrito de Nuevo Chimbote, en el censo 2017 ha sido un estimado de 156.444 habitantes.

Así también el último censo dio a conocer que la Infraestructura de la vivienda: paredes, pisos y techos Según el Censo 2017, el material que predomina en las paredes de las viviendas de la región Ancash es adobe o tapia (47.9%) seguido de ladrillo o bloque de cemento (39.1%), opuesto al escenario a nivel nacional donde el material

que predomina en paredes es ladrillo o bloque de cemento (55.8%) y por debajo adobe o tapia (27.9%).

Respecto a los servicios básicos, el 83.4% de las viviendas en Áncash tiene acceso a agua por red pública, ligeramente por encima del 83.0% a nivel nacional. Esto va en línea con la cobertura de agua donde el 89.5% de las viviendas tienen acceso a agua a diario.

No obstante, el escenario es distinto en cuanto a acceso a desagüe. En Áncash, el 61.3% de las viviendas tienen cobertura sanitaria pública, por debajo del promedio nacional (66.6%). Este retraso en la región respecto al promedio nacional es preocupante debido a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el acceso a agua potable y la cobertura sanitaria adecuada tienen un impacto significativo en salud e incluso en productividad, por lo que juegan un rol importante en la reducción de la pobreza.

Otro factor importante dentro de las condiciones de la vivienda es el combustible utilizado para cocinar. Su importancia recae, principalmente, en el impacto que tiene en salud. Según el Ministerio de Salud (MINSA), en las zonas rurales se registran Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs), por tomar agua sin hervir o ingerir alimentos sin terminar de cocinar, así como Enfermedades Respiratorias Agudas (IRAs), por la exposición de manera prolongada a la quema de biomasa para cocinar. En este sentido, es importante resaltar que, a pesar de su impacto negativo en salud, un poco más de un tercio de los hogares en Áncash usan combustibles contaminantes para cocinar los alimentos (37.2%), frente al 21.3% a nivel nacional. Esto debido a

los bajos niveles de uso de gas para cocina que en Áncash ascienden a 60.1%, por debajo del 75.0% a nivel nacional.

#### **PASO 05:**

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

La necesidad de contar con una Unidad de Cuidados Intermedios en el servicio de Medicina A, tiene como finalidad mejorar la oferta de servicio de salud, de los pacientes hospitalizados y mayor aun teniendo en cuenta que las personas mayormente beneficiarias serían los adultos mayores, que por su misma condición, presentan diferentes cambios en su salud, que comprometen su vida y su integridad, de ésta manera motivará a las autoridades del sector se hagan presentes y apoyen en dicha gestión en favor de los pacientes críticos.

#### **PASO 06:**

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

En Áncash, el 61.3% de las viviendas tienen cobertura sanitaria pública, por debajo del promedio nacional (66.6%). Este retraso en la región respecto al promedio nacional es preocupante debido a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el acceso a agua potable y la cobertura sanitaria adecuada tienen un impacto significativo en salud e incluso en productividad, por lo que juegan un rol importante en la reducción de la pobreza.

Otro factor importante dentro de las condiciones de la vivienda es el combustible utilizado para cocinar. Su importancia recae, principalmente, en el impacto que tiene

en salud. Según el Ministerio de Salud (MINSA), en las zonas rurales se registran Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs), por tomar agua sin hervir o ingerir alimentos sin terminar de cocinar, así como Enfermedades Respiratorias Agudas (IRAs), por la exposición de manera prolongada a la quema de biomasa para cocinar. En este sentido, es importante resaltar que, a pesar de su impacto negativo en salud, un poco más de un tercio de los hogares en Áncash usan combustibles contaminantes para cocinar los alimentos (37.2%), frente al 21.3% a nivel nacional. Esto debido a los bajos niveles de uso de gas para cocina que en Áncash.

La Remuneración Mínima Vital a marzo del 2018, es de 850.00 soles.

#### **PASO 07:**

**DEFINIR POSIBILIDADES Y LIMITACIONES (SOCIALES Y POLITICAS)  
DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LA SOLUCIÓN DEL  
PROBLEMA.**

#### **LIMITACIONES:**

- Falta de equipos y mobiliario para la atención adecuada del paciente
- Deficiente sistema de gestión y administrativo, por razones sociales y/o políticas, los proyectos no se ejecutan, argumentando falta de presupuesto, evidenciando falta de interés de las autoridades, que cambian continuamente.
- Los recursos humanos quedan deficientes ante la demanda de pacientes.
- Al no contar con ambiente adecuado, tampoco se cuenta con Guías y Protocolos necesarios.



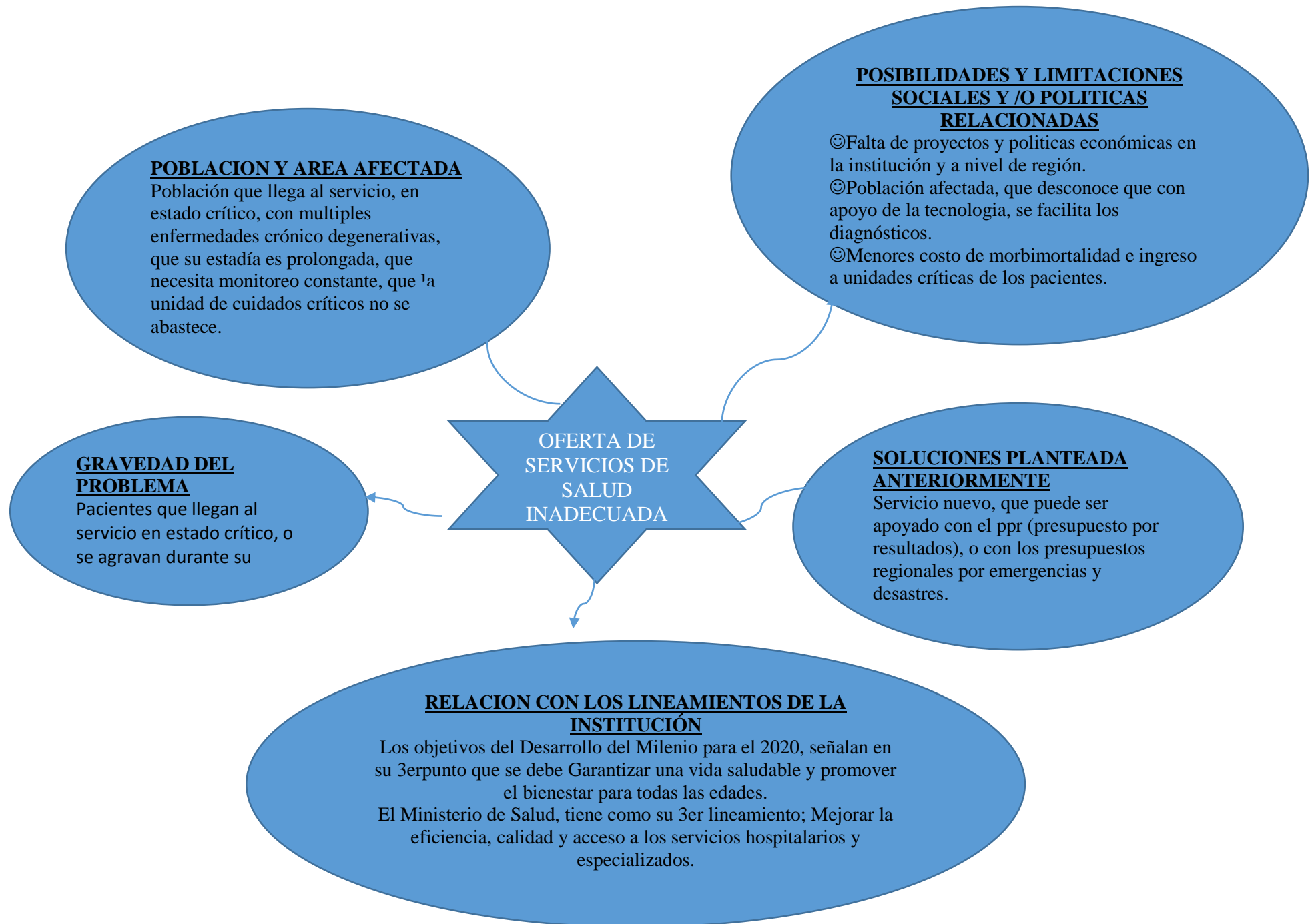
### **POSIBILIDADES:**

- Se aprueba el proyecto de Implementación de Unidad de Cuidados Intermedios
- Se evidencia interés por parte de las autoridades del sector
- Personal de Enfermería permanentemente capacitado
- Adquisición de equipos de última generación y mantenimiento de los mismos
- Se cuenta con Guías de Intervención y Planes de Cuidados

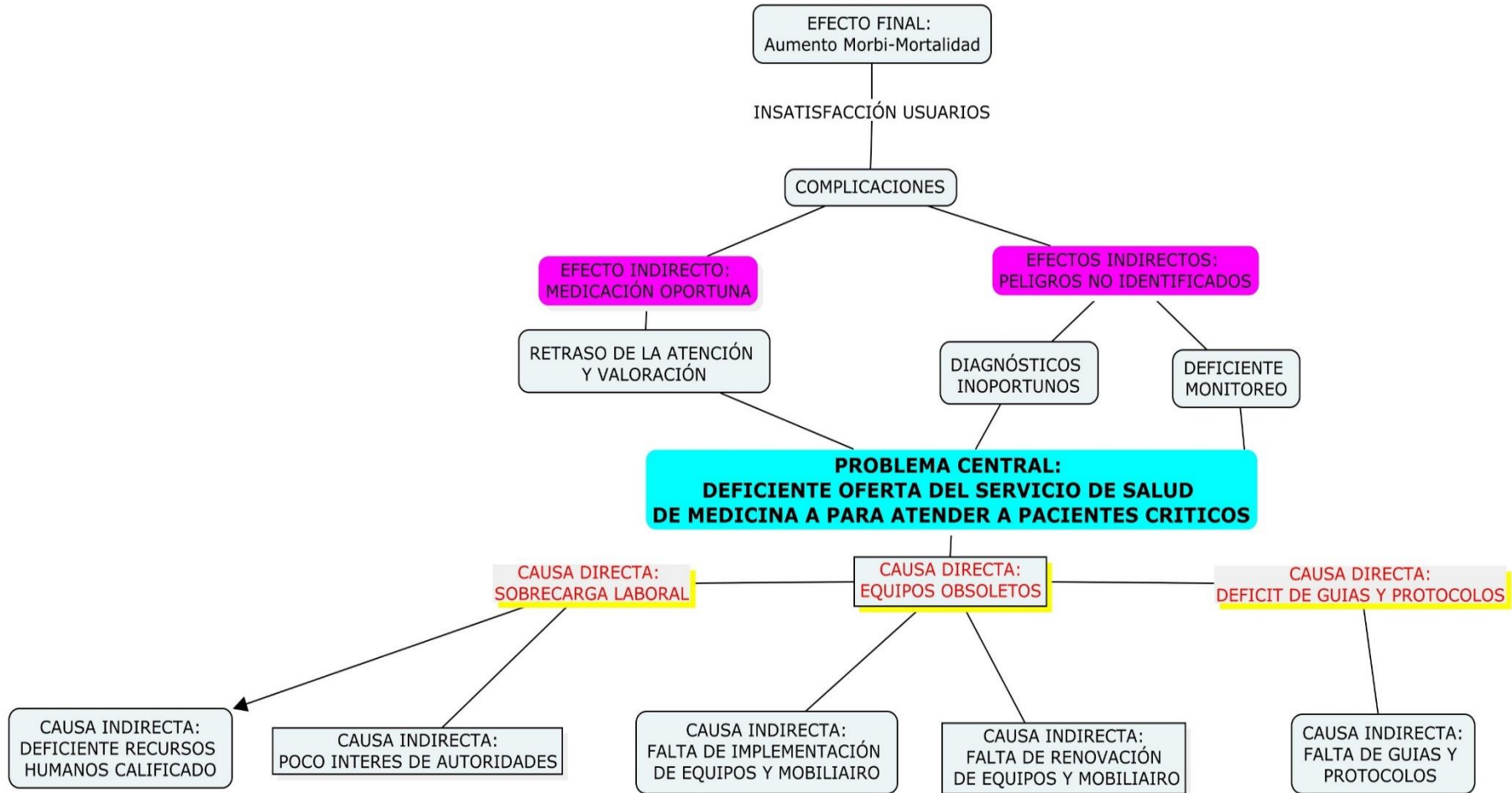
### **PASO 08:**

#### **SEÑALAR SI HA EXISTIDO INTENTO DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA ANTERIORMENTE**

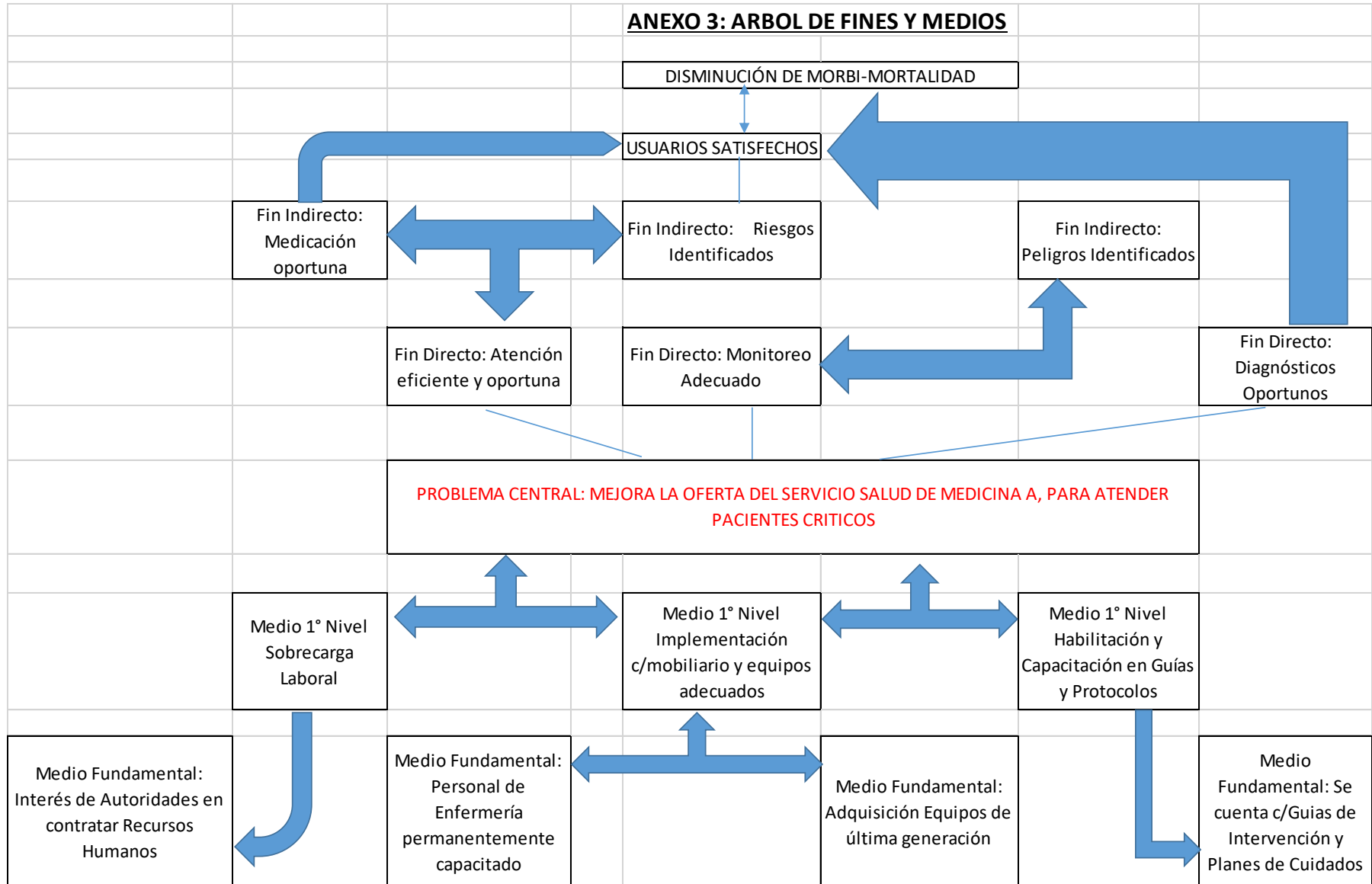
Haciendo las indagaciones para la realización de éste proyecto, se mencionó que anteriormente se había presentado una propuesta similar, pero que no fue aprobado por la justificación antes descrita “Falta de Presupuesto”, sin insistencia alguna de los involucrados quedando dicho proyecto archivado.



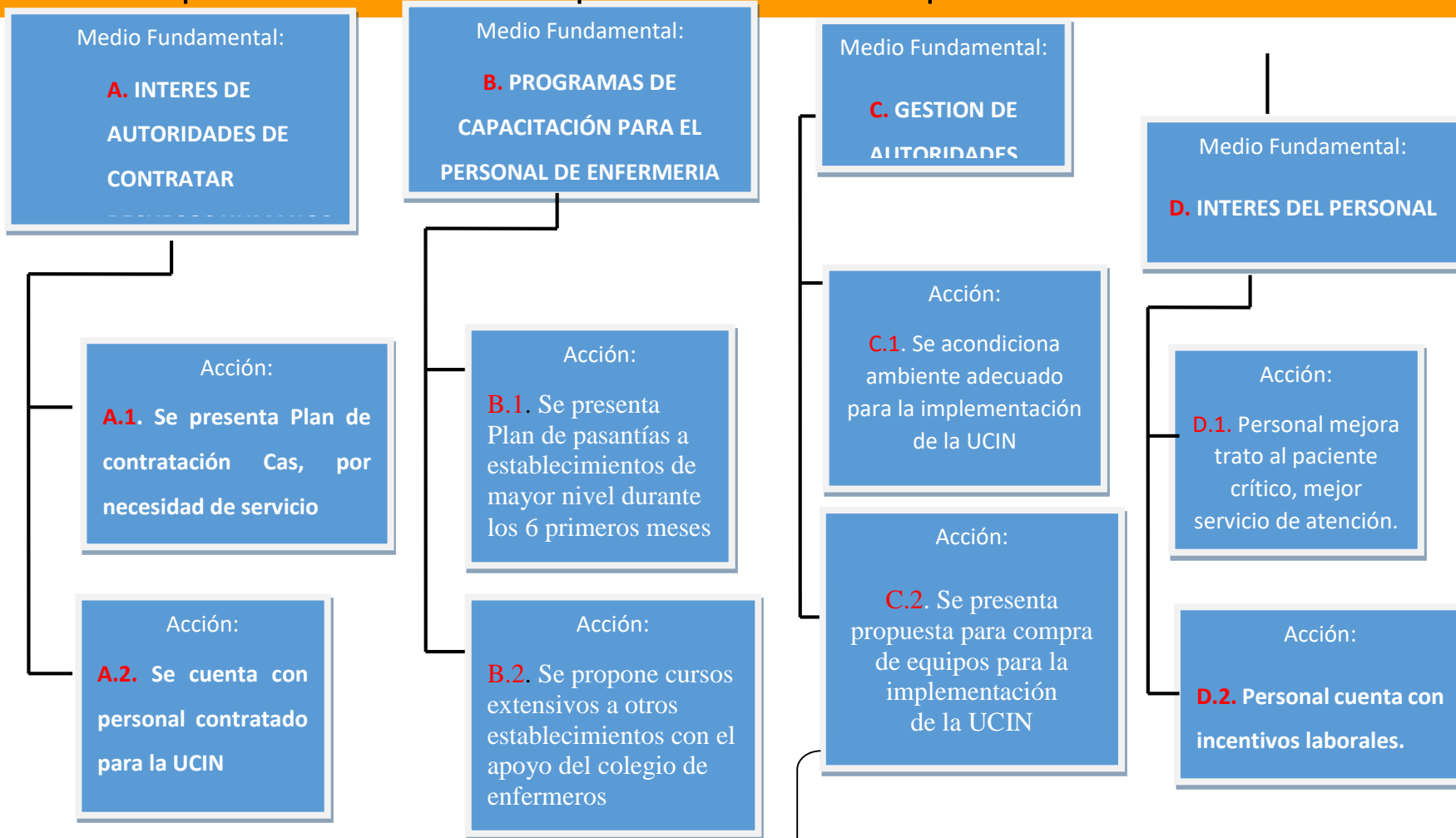
ANEXO 02



**ANEXO 3: ARBOL DE FINES Y MEDIOS**



## ANEXO 4: de Medios Fundamentales y Acciones Propuestas



**ANEXO: 5**

**MARCO LOGICO**

	RESUMEN DE OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	C.3. Ambiente de UCIN implementado de acuerdo a la normatividad vigente	SUPUESTOS
<b>FIN</b>	Disminución de la tasa de morbilidad en pacientes críticos				
<b>PROPOSITO (Objetivo General)</b>	MEJORA LA OFERTA DE SERVICIOS DE MEDICINA A, PARA LA ATENCION DE PACIENTES CRITICOS	Mejora la oferta en Salud, y la calidad de atención en un 85% en los pacientes críticos del servicio de Medicina A	Aumentan los porcentajes de Estándares de Calidad.	Estándares de Calidad. . Tasa de Morbilidad de pacientes en descenso.	. Se mantiene la tasa de morbilidad en niveles previstos. . Los profesionales de la Salud, se capacitan constantemente y tienen los conocimientos necesarios para brindar atención oportuna y de calidad.
		Los pacientes de SCCA tienen su espacio para completar su estancia hospitalaria, antes del alta.	Disminuye los índices de morbilidad en el servicio de Medicina A.	Convenio institucional con autoridades competentes y Gobierno Regional.	. Gestión presentada al departamento de Enfermería, luego es trasladada a dirección. . Gestión puesta en marcha por parte de las autoridades competentes.
<b>COMPONENTES</b>	1. Interés de autoridades de contratar Recursos Humanos	Mejora en un 70%, la atención del paciente crítico durante los 6 1ros meses y el otro 30% dentro de los siguientes 6 meses.	% de personal contratado durante el año de ejecutado el proyecto.	. Se entrega presupuesto para contratación de personal. . Contratos elaborados para el personal contratado. . Se mejora la atención de Enfermería	. Plan presentado para aumento de personal CAS idóneo para la UCIN, es aceptado por la gerencia del hospital. Se dispone del presupuesto para la contratación del personal CAS. Se realiza concurso para contratación de personal. . Planillas de sueldo personal contratado para la atención del paciente crítico.
	2. Programas de Capacitación para el personal de Enfermería del Servicio de Medicina A	Se cuenta con personal capacitado en un 50% dentro de los 6 primeros meses, y el 100% dentro de los siguientes 6 meses.	. Mejora la atención del paciente crítico. . Disminuyen las complicaciones del pte crítico.	. Registro de Asistencia a capacitación. Copia del Plan de Capacitación Anual presentado al Departamento de Enfermería.	. Plan de Capacitación presentado al departamento de Enfermería aceptado para su ejecución.

	3.Gestión de Autoridades	. Ambiente físico adecuado e implementado en un 100% en el primer año de ejecutado el proyecto.	. Se acondiciona ambiente adecuado para la implementación de la UCIN. Se presenta propuesta de compra de equipos médicos para la implementación de la UCIN.	. Ambiente de UCIN debidamente implementado y equipado para la atención del paciente crítico. .Informe estadístico de Satisfacción del Usuario en avance.	Ambiente de UCIN, implementado con equipos de acuerdo a la normatividad vigente.
	4. Interés del Personal	Planes de Cuidados y Guías de Intervención elaborados en un 80% durante el primer año de ejecutado el proyecto.	. % de elaboración de Planes de Cuidados y Guías de Intervención.	. Planes de Cuidados y Guías de Intervención elaborados y presentados al departamento de Enfermería.	Planes de Cuidados y Guías de Intervención elaborados y presentados al departamento de Enfermería. Planes de Cuidados y Guías de Intervención puestos en marcha en el servicio de Medicina A. Personal de Enfermería se involucra en el diseño de guías de procedimientos y los pone en práctica.
ACCIONES	. Contratación de personal CAS, por necesidad de servicio. .Personal contratado idóneo para la UCIN	.Se realiza contratación de personal en un 70% durante el primer año.	% Personal contratado por CAS	Documento de programación de Concurso de Personal.	Personal contratado que accede al puesto después de ganar concurso de contratación de personal.

<p>ACCIONES</p>	<p>- Plan de pasantías a establecimientos de mayor jerarquía, durante los 6 primeros meses. . Plan de capacitación anual en el servicio .Realización de cursos extensivos a otros establecimientos, con el apoyo del colegio de enfermeros.</p>	<p>-Se realiza pasantías a establecimientos de mayor jerarquía, por parte del personal de Enfermería en un 50% durante los primeros 6 meses de ejecutado el proyecto. Capacitación al personal de enfermería ejecutado en un 50% durante los 6 primeros meses de ejecutado el proyecto y el 100% durante los siguientes 6 meses. .Se realiza 1 curso de capacitación extensivo a otros establecimientos con el apoyo del colegio de Enfermeros.</p>	<p>% pasantías realizadas por personal de Enfermería. . % de capacitaciones al personal de salud. .% de cursos de capacitación extensivos a otros establecimientos con el apoyo del colegio de Enfermeros.</p>	<p>. Se presenta plan de pasantías a establecimientos de mayor complejidad, durante los 6 primeros meses. Se presenta plan de capacitación anual en el servicio. . Se propone realización de cursos extensivos a otros establecimientos, con el apoyo del colegio de Enfermeros. Registro de asistencia a capacitaciones Replica a personal del servicio de las personas beneficiarias de las pasantías en establecimientos de mayor complejidad. . Informe de pasantías del personal de Enfermería. .Control de asistencia, informe y/o documentación.</p>	<p>. Plan de pasantías presentado es aprobado y se realiza la ejecución de la misma durante los primeros 6 meses de ejecutado el proyecto, del mismo modo se recoge experiencias y conocimientos y las implementa en el servicio de Medicina A y la UCIN. .Plan de capacitación Anual en el servicio es aprobado y ejecutado durante el año de ejecutado el proyecto.</p>
-----------------	---	---	--	---	---



<p>. Ambiente adecuado para la implementación de la UCIN adulto. Propuesta de compra de equipos para implementación de UCIN. .Ambiente implementado de UCIN con equipos de última tecnología, según normatividad vigente.</p>	<p>. Ambiente de UCIN adulto implementado en un 80% durante el primer año de ejecutado el proyecto. . Compra de equipos para implementación de UCIN, en un 70% de avance en el primer año de ejecutado el proyecto.</p>	<p>% de ambiente implementado durante la ejecución del proyecto con equipos y materiales.</p>	<p>.Facturas o boletas de gastos realizados para la compra de equipos y materiales para la implementación de la UCIN.</p>	<p>Ambiente de UCIN, implementado con equipos de acuerdo a la normatividad vigente.</p>
<p>. Personal mejora trato al paciente crítico y familiares. .Personal cuenta con incentivos laborales.</p>	<p>Se observa mejora del trato del paciente en un 75% durante el año de ejecutado el proyecto.</p>	<p>% eficiencia de mejora de trato del paciente. .% de usuarios satisfechos con el trato y las condiciones de atención.</p>	<p>. Acta de reuniones para el desarrollo de la normativa del proceso de atención. .Encuesta de Satisfacción del usuario.</p>	<p>Se evidencia trato amigable por parte del personal de Enfermería.</p>