



**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES
CHIMBOTE**

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

**“CREACION DEL PABELLON DE CUIDADOS
INTENSIVOS ESPECIALIZADO EN EL HOSPITAL
NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO
ESSALUD – AREQUIPA, 2017”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA EN:
CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO**

AUTORA

MGTR. CLAUDIA M. ESCALANTE LUZQUIÑOS

ASESORA

MGTR. LEDA MARIA GUILLEN SALAZAR

CHIMBOTE - PERU

2017

JURADO EVALUADOR

Dra. Enf. Martina Mirtha Cabezudo Torres

Presidenta

Mgr. Rosa Maria Sanchez Nazario

Miembro

Mgr. Jose Orlando Chero Custodio

Miembro

AGRADECIMIENTO

A las docentes de la Escuela Profesional de Enfermería que con su paciencia y tenacidad permitieron que este propósito se haga realidad.

DEDICATORIA

Al ser mas especial que he podido conocer
y que Dios le encargo me trajera el regalo
que tenia preparado para mi.

A mi princesa Andressa Isabella por haberme
escogido como su mamá, trayendo amor y felicidad
a mi vida

INDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
I. PRESENTACIÓN	1
II. HOJA RESUMEN.....	2
2.1 Título del trabajo académico	2
2.2 Localización (Distrito, Provincia, Departamento, Región)	2
2.3 Población beneficiaria.....	2
2.4 Institución(es) que lo representan.....	3
2.5 Duración del proyecto.....	3
2.6 Costo, total o aporte solicitado aporte propio	3
2.7 Resumen del trabajo académico	3
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. OBJETIVOS.....	26
V. METAS	27
VI. METODOLOGIA	27
6.1 Líneas de acción y/o estrategias de intervención	27
6.2 Sostenibilidad del proyecto	37
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	38
VIII. RECURSOS REQUERIDOS.....	40
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES.....	91
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	92
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	92

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	93
ANEXO.....	101

I. PRESENTACIÓN:

El Seguro Social de Salud es la Institución Peruana de la seguridad social en salud, comprometida con la atención integral de las necesidades y expectativas de la población asegurada, con equidad y solidaridad.

Tiene como misión ser una institución que brinda atención integral con calidad y eficiencia para mejorar el bienestar de 11 millones de asegurados, busca permanentemente el otorgamiento oportuno y eficaz de los servicios de salud, fomentando la conservación y el cuidado de la salud de la población mediante la satisfacción adecuada de sus necesidades de atención de salud. Teniendo una demanda cada vez mas grande y diversificada.

El presente trabajo académico, Creación del Pabellón de Cuidados Intensivos Especializados en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo EsSalud. Arequipa. Se plantea desde la necesidad como asegurada y trabajadora cuya experiencia profesional en dicho establecimiento, permite apreciar que al ser un Hospital de Referencia Nacional cuenta con la Unidad de Cuidados Intensivos reducido en número y capacidad de respuesta teniendo un 40% de pacientes críticos de las diferentes especialidades como Neurocirugía, Cirugía coronaria, Cirugía de tórax etc, atendidos en sus servicios como pacientes grado III, con unidades criticas como UCOR (unidad coronaria) y UCE (Unidad de cuidados especiales), presupuestadas como unidades de hospitalización o tópico, brindando por tanto atención con recursos humanos, materiales y logísticos reducidos.

En tal sentido el presente trabajo, tiene por finalidad Mejorar la Calidad de Atención, disminuyendo la tasa de morbimortalidad del paciente crítico, la estancia hospitalaria y las complicaciones intrahospitalarias, reducir costos y costas de

hospitalización y mejorar el ratio enfermera paciente, logrando reconocerse como una unidad de prestación de salud especializada que atiende adecuadamente al paciente crítico reflejándose en una mejora de los indicadores de salud y satisfacción del usuario interno y externo.

El presente Proyecto de Intervención se elabora en razón de mejorar el quehacer del personal profesional de enfermería y sirve de base para realizar, ampliar o modificar proyectos de intervención dirigidos al mejoramiento de la calidad de atención del usuario.

II. HOJA RESUMEN:

2.1. Nombre del Proyecto

Creación del Pabellón de Cuidados Intensivos Especializado en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo EsSalud- Arequipa.

2.2. Localización

- Localización: Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo
- Localidad: Arequipa
- Provincia: Arequipa
- Departamento: Arequipa
- Región: Arequipa

2.3. Población beneficiaria

Población Directa:

Usuario externo en condiciones críticas que requiere Cuidados Intensivos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo. EsSalud

Población Indirecta:

Usuario interno que labora en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo.

2.4. Instituciones que lo representa

Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo EsSalud

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote

2.5. Duración del Proyecto

24 meses

2.6. Costo total o aporte solicitado/aporte propio

Presupuesto Centralizado s/.6 860.360.00 N.S

2.7. Resumen del Proyecto

El Presente trabajo académico está planteado desde la problemática que día a día se puede observar en los diferentes servicios del Hospital CASE, el cual no tiene población adscrita por ser de Referencia toda la población atendida pertenece a las regiones de Arequipa, Puno, Tacna, Moquegua, Ilo y Juliaca atendiendo casos complejos y críticos que requieren atención especializada y altamente especializada.

Que en contraprestación a las necesidades de su demanda, se encuentra con una capacidad de respuesta inadecuada e insuficiente, con una UCI adulto de 6 camas y una UCI de 5 camas, con Unidades de Cuidados Críticos en los diferentes servicios como Emergencia 6 camas, Unidad Coronaria 4 camas, Neurocirugía 2 camas, que funcionan como áreas críticas pero no están reconocidos como tal, y pacientes críticos atendidos de manera aislada en servicios generales como Medicina, Cirugía, y otros servicios como son Salas de Observación de Emergencia, Uro Nefrología, Traumatología y Neurología.

Dichos pacientes son atendidos con el recurso humano del servicio, tanto personal médico como personal de enfermería, manejados como grado de dependencia III, con ratios de atención de enfermería 1/15, llegando a tener hasta 9 pacientes ventilados por 1 sola enfermera en las salas de observación de emergencia y con personal médico en un solo turno en las áreas de hospitalización.

Generando toda esta situación, mala calidad de atención, tasas e indicadores de salud negativos, agotamiento del personal de salud y judicialización de casos clínicos.

Por ello a través de este trabajo académico, se busca gestionar la Creación del Pabellón de Cuidados Intensivos Especializados, mediante la adaptación y ampliación de un espacio físico contiguo al servicio de la UCI actual, donde se brindara atención especializada y centralizada al paciente crítico de las diferentes especialidades del Hospital CASE de manera adecuada y con la suficiencia de equipos, materiales y recursos humanos como lo establecen los estándares de calidad, eficiencia y eficacia .

Para lo cual se establecen líneas de acción o estrategias de intervención como son la Capacitación, Sensibilización y Gestión. : A nivel local, nivel de Red y nivel Central, y la Sensibilización a nivel local y con todos los grupos ocupacionales, unidades y áreas operativas involucradas.

III.- JUSTIFICACIÓN

La importancia de plantear la Creación de un Pabellón de cuidados especializados en el Hospital CASE, se refleja en la necesidad de mejorar su capacidad resolutive al ser un Hospital de Referencia Nacional que solo en la Región Arequipa tiene 400,000 asegurados llegando al 900,000 de asegurados como Red. Recibiendo un 40% de pacientes en estado crítico tributarios de ser ingresados a una Unidad de Cuidados

Intensivos Especializado, por la complejidad del Diagnóstico y la especificidad en el tratamiento y solo cuenta con 6 camas, notándose el Déficit de la oferta frente a la demanda.

Ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos pacientes graves provenientes del servicio de Emergencia, Sala de Operaciones, de las salas de Hospitalización, mediante interconsultas al área crítica, generada por el servicio de origen, determinándose el criterio de ingreso y decidiendo su admisión dependiendo de la disponibilidad de camas en la Unidad. (2)

La Unidad de Cuidados Intensivos, es un servicio que da atención médica intensiva a los pacientes que padecen una situación grave de salud, que pone en riesgo su vida y dispone de personal especializado y entrenado para estas tareas. Son unidades diseñadas arquitectónicamente para cumplir esta labor, tienen equipos de alta tecnología y personal entrenado. Las Unidad de Cuidados Intensivos especializadas son servicios que dan atención medica intensiva enfocado a las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, (1,2)

Los costos de las Unidades de Cuidados Intensivos en EE.UU. para el año 2000 representaban el 4,2% de los gastos nacionales en Salud y el 0,56% del producto bruto interno de la nación, donde el 10% de las camas hospitalarias son de cuidados intensivos y consume el 25% o 30% del costo operativo de los hospitales. Una cama/día en cualquier UCI puede, con gastos totales, llegar a costar cerca de \$500.000.

Si se agrega medicamentos, el costo diario puede elevarse a \$1'000.000 o más cama/día. Una UCI tiene en promedio 10 camas, es decir que su costo diario será mínimo de 10 mil dólares actualmente en Norteamérica. (3)

En los países latinoamericanos la distribución de camas de cuidados intensivos por 100,000 habitantes está por debajo de la relación observada en las naciones industrializadas. En Venezuela hay una relación de 0,22/1.000 habitantes. Mientras que, en Europa, la relación varía entre 3,1 y 6,6 camas UCI/1,000 habitantes. (2)

En Perú, se presenta una relación de 0,018/100,000 habitantes. Por esta razón, el número de camas de cuidados intensivos disponibles generalmente es reducido y suele existir desproporción entre la demanda asistencial y la disponibilidad. Este factor influye de manera directa en la admisión o no de pacientes en UCI cuyo resultado es el incremento de la morbilidad del paciente crítico. (4)

Puede analizarse en las estadísticas Internacionales y Nacionales los porcentajes estadísticos están por debajo en la Oferta a la necesidad de la demanda.

Según Portal Institucional de EsSalud 2015 existe 11 000,000 asegurados. La población asegurada es más envejecida que la población total del país. Se cuenta con 380 establecimientos en todo el país; el 1% de los establecimientos de salud del país, pero atiende a casi la tercera parte de la población y justamente por ello es una de las instituciones más quejadas. Se considera demanda insatisfecha a la falta de ingreso por falta de cupo y estuvo cuantificado en 40,6% para las solicitudes electivas y 51,2% para las solicitudes urgentes, cifras que superan lo reportados entre otros países. (5).

La situación de salud de la población adscrita a EsSalud es crítica, la brecha entre oferta y demanda cada vez es más profunda, la población asegurada ha venido creciendo y no así los recursos mucho menos la infraestructura, los porcentajes de quejas por insatisfacción son uno de los más altos del País a nivel de Instituciones, y los indicadores de salud se han ido desmejorando con el paso del tiempo.

Se considera necesario una mejora estructural en el sistema de salud que incluya mayor presupuesto y/o financiamiento para invertir en infraestructura ya que los hospitales más importantes son de los años 50, solo se ha venido haciendo refacciones, disimulando la real carencia e inaugurando y reinaugurando los mismos espacios con otros nombres.

Al unísono debe ser el equipamiento (6).

Debe tenerse en cuenta que la disponibilidad en el servicio de UCI constituye un problema complejo, UCI es un servicio que debería estar siempre disponible para cuando alguien la pueda necesitar, pues puede llegar a significar en algunos casos la diferencia entre vivir o dejar de hacerlo.

Considerando que para un paciente crítico el significado entre vivir o dejar de hacerlo es tan sutil, el tener atención especializada con personal entrenado y tecnología adecuada, oportuna, marcan esa diferencia, es por tal que se hace necesario la Creación de un Pabellón de cuidados intensivos y especializados que permitan centralizar la atención de los pacientes críticos de las especialidades médicas y quirúrgicas, garantizando se adecuado manejo y de esta manera reducir la morbimortalidad. (2)

El presente trabajo contribuirá en brindar una atención oportuna y adecuada al paciente crítico, centralizando su atención con el recurso entrenado y la tecnología requerida con lo que se lograra disminuir la tasa de morbimortalidad, disminuir el porcentaje de estancia hospitalaria, disminuir las complicaciones intrahospitalarias.

También se logrará fortalecer la capacidad resolutive hospitalaria y de gestión, se podrá sincerar el costo de las prestaciones críticas y los presupuestos asignados a la Red, se mejorara las condiciones de trabajo del servidor y se mejorara la satisfacción del usuario externo en condiciones críticas. (6)

Según las especificaciones técnicas de EsSalud, se establece las condiciones que deben cumplir para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de los cuidados intensivos del usuario crítico, donde deben ser cumplidos requerimientos como recurso humano, instalaciones físicas, dotación-mantenimiento, medicamentos, dispositivos médicos, medicamentos, procesos prioritarios asistenciales, historia clínica y registros asistenciales, interdependencia de servicios, referencia y contra referencia además de seguimiento. (6)

Las características del área física, son de facilitar la observación directa para el monitoreo, de permitir la vigilancia de los monitores de variables fisiológicas, realización de intervenciones terapéuticas de rutina y emergencia. Debe contar con ambientes de no menos de 8 camas ni más de 12, con una distancia entre una cama a otra de 2.6 m². Los espacios designados no son solo para camas, sino para control de los equipos, espacios de soporte para todas las actividades dentro de la unidad (central de monitoreo, preparación de medicamentos, áreas limpias y sucias de soporte), espacios de apoyo técnico (áreas de reunión, habitación de médico de guardia, almacén de equipos y materiales estériles, área de tránsito para personal y familiares), espacio para redacción de informes. (6)

La UCI es un recurso necesario e indispensable para el paciente crítico, debe tenerse en cuenta que la disponibilidad de camas en la UCI y la oportunidad de superar situaciones de alto riesgo para la salud de los pacientes, el hecho de que el déficit de camas persista en el Hospital CASE EsSalud, se tiene la imperiosa necesidad de la creación del pabellón de cuidados intensivos especializados cumpliendo con los criterios de ingreso y las características propias de esta unidad como lo estipula la norma técnica.

La Unidad de Cuidados Intensivos especializados, es la dependencia que brinda prestación asistencial a pacientes críticos y potencialmente críticos de las diferentes especialidades tanto médicas como quirúrgicas, centralizando su atención, optimizando el uso de la tecnología de punta, rendimiento de equipos, optimización de horas hombre y mejorara el manejo del paciente crítico. (2)

Las UCIS especializadas se instalan en establecimientos de alta complejidad donde es necesario poder centralizar la atención del paciente crítico en las diferentes especialidades, es parte de la estructura funcional de Hospitales de complejidad IV, ya que por la naturaleza de los diagnósticos y tipo especializado de tratamiento se necesitan centralizar los cuidados críticos repotenciando esas áreas con equipo y tecnología de punta y personal altamente especializado y entrenado.

El paciente crítico es aquel individuo que, por padecer una enfermedad aguda o una reagudización de una enfermedad crónica, manifiesta signos y síntomas que, en su conjunto, expresan la máxima respuesta posible de su organismo ante la agresión sufrida.

Paciente en riesgo momentáneo o continuo de perder la vida o deterioro importante de la calidad de vida por una condición específica, configurando un estado de gravedad persistente que requiere monitorización y tratamiento continuado.

El tratamiento de un paciente crítico requiere una atención exhaustiva y constante por parte de un equipo de profesionales sanitarios de múltiples especialidades. A menudo también implica el uso de equipamiento especializado como monitores, sondas de alimentación, catéteres y respiradores, que pueden ser necesarios para mantener al paciente con vida.

La demanda es “La percepción de una necesidad de tensión de salud para ayudar a prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud”. Esta necesidad responde a diversos factores. La demanda asistencial insatisfecha se refiere a la respuesta inconveniente de los servicios de salud, generando pérdida de tiempo y descontento al usuario. Esta se puede dar por falta de cita, turno, teniendo tasas altas. (8)

La satisfacción del usuario depende de muchos factores, el trato, la disponibilidad, la atención oportuna, etc. y claro de sus expectativas y concepción de lo que significa para cada cual una atención adecuada, muchas veces no significa aumento de recursos sino de brindar de manera eficiente los recursos. (3)

La satisfacción del usuario externo se utiliza como un indicador de la calidad de la atención, esto relacionado directamente con las expectativas del usuario externo, y la motivación del personal, como un factor importante en el logro de la satisfacción.

La satisfacción de los usuarios internos no sólo es un indicador de excelencia sino también un instrumento de la excelencia. Su implementación como un indicador de excelencia de la calidad, sólo es posible si se tienen en cuenta: Las complejidades del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales de ellas derivadas y la aplicación de una correcta metodología que permita evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica, profesional y útil. (13)

La cobertura de los servicios de salud por parte de las instituciones públicas como EsSalud es limitada y la mayoría de los asegurados continuamente refiere quejas por la mala calidad de atención o por la poca oferta en servicios de Salud, siendo un fuerte determinante del alto nivel de insatisfacción de la población asegurada. (12)

En el 2015, según encuesta realizada a nivel nacional por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el Seguro Social de Salud, EsSalud mejoró sus indicadores de atención y gestión a nivel nacional de acuerdo al estudio realizado por el INEI, por encargo de la Superintendencia Nacional de Salud, y realizada a un universo de 13,670 usuarios, el 68.2% de los encuestados señaló que se siente satisfecho con el servicio recibido, el 22.1% no está ni satisfecho ni insatisfecho, mientras que el 9.7% del total señala estar insatisfecho. De otro lado, el estudio también revela que los asegurados consideran que las dos primeras causas de problemas en la atención se generan en un 47.4% por falta del médico o personal que no llegó a su turno y en un 33.9% por el mal trato que reciben durante su atención. Por ello, la cruzada por la humanización de los servicios de salud a fin de superar estos indicadores y mejorar la experiencia del paciente en el Seguro Social de Salud. (12)

La Organización Mundial de Salud (OMS) define: "La calidad de la asistencia sanitaria es garantizar que cada usuario reciba el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del usuario en el proceso". Es decir, la OMS define la calidad en salud como un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente e impacto final para la salud. La Joint Comisión (USA), aplica el concepto "Desempeño Institucional" en la definición de calidad. (15)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), junto con representantes del Programa de Garantía de la Calidad de la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional, celebraron en mayo de 1999 un foro con la participación de expertos de América Latina, Canadá y Estados Unidos, donde concluyeron en el mejoramiento de la calidad de los servicios básicos de salud, junto con la búsqueda de equidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social en la provisión de estos servicios. (16)

En febrero 2012, EsSalud tomó la decisión estratégica de mejorar la gestión, implementando un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a la Norma ISO 9001:2008, cuya política fue “Garantizar la afiliación oportuna que permita a los asegurados acceder a las prestaciones que otorga EsSalud, cumpliendo sus requerimientos, así como las normas y los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad; comprometiéndose a mejorar de manera continua el desempeño del sistema, y fomentar el desarrollo constante de las competencias de sus colaboradores”, la gerencia central de aseguramiento asimila que el principal valor no reside solamente en la certificación ISO 9001 sino en la obtención del compromiso con el mejoramiento de la calidad de los servicios, procesos y procedimientos del sistema de gestión de la calidad, así como la adecuada y oportuna provisión de recursos. (17)

El 31 de diciembre del 2014, EsSalud con Resolución de la Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014, aprueba la nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud, que establece la naturaleza, finalidad, funciones generales y atribuciones, así como la estructura orgánica y las funciones de los órganos que integran el Seguro Social de Salud, en esta nueva estructura, la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización (OGC), se constituye en el órgano de asesoramiento de la Alta Dirección y está encargada de promover la

implementación de prácticas de gestión de la calidad en los órganos centrales y desconcentrados de EsSalud, promoviendo una cultura de la calidad, trato humanizado y de gestión por procesos para la mejora continua de la calidad de atención y seguridad del paciente, a través de la Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención y la Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad. (18)

Del 18 al 21 de julio, la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de EsSalud desarrolla la “Semana de la Calidad en Servicios de Salud”, la cual tiene como propósito fomentar el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en los servicios de salud a través de intercambio de mejores prácticas y la actualización de conocimientos. La gestión de la calidad comprende el despliegue de acciones que buscan reconocer, atender y satisfacer las necesidades de los diferentes segmentos de usuarios internos o externos y proveedores, alrededor de los servicios que brindamos en términos de seguridad y humanización en el cuidado de la salud. (19)

El Sistema de Gestión de Calidad de la Atención de Salud, es la estrategia central en la implementación de la Política Nacional de Calidad en Salud, de allí el compromiso de calidad en EsSalud; dentro del Plan Estratégico 2012-2016, su objetivo fue brindar atención integral a los asegurados, con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados; mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo– promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS”. Y dentro del Plan Maestro 2021, su objetivo es brindar servicios integrales con altos estándares de calidad y seguridad, fortaleciendo la atención a la

población más vulnerable, con un buen gobierno corporativo, humanización de la atención y recuperación de la confianza. (17)

El Objetivo Estratégico N°2 de la Gestión de la Calidad en EsSalud, enfatiza brindar atención integral a los asegurados, mejorar el trato hacia ellos, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo– promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS. Los ejes de trabajo son 1. Gestión de la calidad, 2. Mejora continua y satisfacción de usuarios, 3. Garantía de calidad y acreditación, 4. Gestión de riesgo y prácticas seguras y 5. Humanización de la atención en salud. (18)

Dentro de los ejes de trabajo, se debe diseñar, adecuar, incorporar e implementar condiciones para la gestión de la calidad en salud en el nivel central y órganos descentrados, se debe promover la eficiencia y eficacia de los procesos institucionales a través del despliegue de acciones de mejora continua con miras a la reducción de los costos de la no calidad e incrementar la satisfacción de nuestros usuarios, se debe fortalecer la Garantía de la Calidad promoviendo el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en el marco de la acreditación de establecimientos de salud en EsSalud, se debe fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud promoviendo una cultura de calidad y seguridad a través de la estandarización y adherencia a Prácticas Seguras de Atención y por último se debe diseñar y promover estrategias para la implementación de una cultura por la humanización de la atención en salud. (18)

Y los objetivos internacionales para la seguridad del paciente en EsSalud son: Identificar correctamente a los pacientes, mejorar la comunicación efectiva, mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, garantizar la cirugía en el lugar, con el

procedimiento y al paciente correcto, reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria y reducir el riesgo de daño al paciente causado por caídas. (17)

Dentro del marco legal, podemos decir que todo seguro nacional de salud debería: proveer una red de seguridad en salud a los ciudadanos indistintamente de su edad y estado laboral, debería proveer incentivos de mercado para la contención de costos y debería ser fácil de administrar. Los servicios de salud deben ser organizados en niveles de complejidad tecnológica creciente dentro de un área geográfica determinada dimensionando adecuadamente la población a ser atendida para posibilitar un óptimo grado de resolución de los problemas de salud. (8, 20)

Los programas de salud de seguridad social, tiene características: Financiamiento (contribución, impuestos, deducibles, coaseguros), beneficios (se refiere a la cantidad de prestaciones a recibir, el tipo de ellas y quienes son los beneficiados), tamaño de la cobertura de las prestaciones de salud, formas de reembolso a los proveedores y métodos para determinar los niveles de pago a los proveedores. Los tres primeros puntos se refieren a los receptores de los cuidados mientras que los dos últimos, a los proveedores, médicos y no médicos, de los mismos y a los problemas políticos que envuelven a los planes iniciales. El nivel de beneficios y el tamaño de la cobertura son similares al seguro privado de salud. Dadas las consideraciones de equidad del seguro social, los cambios políticos pueden afectar a ambos. (20).

El acceso de la población a los servicios de salud de mayor complejidad tecnológica será a través de referencia a del centro asistencial de menor resolución. La red asistencial, organizada de forma jerárquica y regional, permite un mayor conocimiento de los problemas de salud de la población del área de influencia y favorece acciones

de vigilancia epidemiológica y de educación en salud, además de las actividades de atención ambulatoria y hospitalaria en todos los niveles de complejidad (6).

La Constitución Política del Estado, actualmente vigente, señala en su Capítulo referente a los Derechos Sociales y Económicos, en su Artículo 10 que “El Estado Peruano reafirma el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para favorecer su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida” y, en su Artículo 11, “El Estado garantiza el libre acceso a las prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento”. (21)

En el Título Preliminar de La Ley General de Salud N° 26842, manifiesta que: “La salud es una condición indispensable y necesaria del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo” por lo que, “La protección de la salud es de interés público” y, por lo tanto, “Toda persona tiene derecho a la protección de su salud.”. “Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera que sea a la persona o institución que los provea.” y por consiguiente “El Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que puedan afectar su salud...” dirigiendo el financiamiento “preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar en forma parcial o totalmente la atención médica a las poblaciones de menores ingresos económicos, que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado”. (22)

Dentro de este contexto, se promulga la Ley N° 26790, Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud, que en su artículo N° 1 dice que “El aseguramiento de la Seguridad Social en Salud, reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre

acceso a prestaciones a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas. Se desarrolla dentro de un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud. (23)

Entonces, como se observa, el Sistema de Seguridad Social en Salud en el Perú responde a un modelo mixto porque cuenta con un régimen contributivo y un régimen estatal. El régimen contributivo es obligatorio para todos los trabajadores dependientes y sus derecho-habientes y voluntario para los trabajadores independientes y otras personas que no reúnan las características para afiliarse de manera regular. Las prestaciones de salud brindadas por este régimen corren a cargo del Seguro Social de Salud (EsSalud) y de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) (23).

El Hospital Nacional CASE, es un establecimiento de referencia nacional de IV nivel de complejidad ubicado en la ciudad de Arequipa, pertenece a la Red asistencial Arequipa, es capital de la provincia del Arequipa y pertenece a la Región Arequipa. No cuenta con población adscrita, por ser de referencia atiende población de las regiones de Puno, Moquegua, Tacna, Ilo y Juliaca. El Hospital Nacional CASE, brinda servicios de alta complejidad y cuenta solo con una unidad de cuidados se encuentra la Unidad de Que en contraprestación a las necesidades de su demanda, se encuentra con una capacidad de respuesta inadecuada e insuficiente, con una UCI adulto de 6 camas y una UCIN de 5 camas, con Unidades de Cuidados Críticos en los diferentes servicios como Emergencia 6 camas, Unidad Coronaria 4 camas, Neurocirugía 2 camas, que funcionan como UCI pero no están reconocidos como tal, y pacientes críticos atendidos de manera aislada en servicios generales como Medicina, Cirugía, y otros servicios como son Salas de Observación de Emergencia, Uro Nefrología, Traumatología y Neurología.

Dichos pacientes son atendidos con el recurso humano del servicio, tanto personal médico como personal de enfermería, manejados como grado de dependencia III, con ratios de atención de enfermería 1/15, llegando a tener hasta 9 pacientes ventilados por 1 sola enfermera en las salas de observación de emergencia y con personal médico en un solo turno en las áreas de hospitalización.

Generando toda esta situación, mala calidad de atención, tasas e indicadores de salud negativos, agotamiento del personal de salud y judicialización de casos clínicos.

El total de camas de UCI debe ser del 4 a 6% del total de camas hospitalarias es decir 28 camas UCI, ya que se tiene 480 camas hospitalarias, sin embargo solo cuenta con 6 camas presupuestadas. Notándose insuficiente.

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios relacionados. Así tenemos:

Gottberg E, Fuenmayor A, Mazzel C, Salgar N, Acosta L, Cesari S. (2016). Demanda Asistencial Insatisfecha de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario de los Andes. Venezuela. Objetivo: determinar la demanda asistencial insatisfecha en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del HULA entre octubre 2007-julio 2008. Resultados: La mortalidad de los pacientes con gravedad y posibilidad de recuperación media fue de 22,7% cuando fueron admitidos versus 38,5% cuando no ingresaron por falta de cupo. Discusión: En Latinoamérica la distribución de camas de cuidados intensivos por cada 100.000 habitantes está muy por debajo de la relación observada en las naciones industrializadas. Esto genera desproporción entre demanda asistencial y disponibilidad, requiriéndose estrategias como: incremento del número de camas, reducción del tiempo de hospitalización y

selección de aquellos pacientes que puedan beneficiarse de los cuidados intensivos.

(3)

Borin M. (2008). Desequilibrio entre la Oferta y Demanda de camas de Cuidados Intensivos en el Hospital Universitario de Maracaibo. Venezuela. El objetivo fue analizar si existe desequilibrio entre oferta y demanda de camas de cuidados intensivos y cuáles son los factores que lo pueden estar causando.

Resultados: indican que según la demanda insatisfecha hay un déficit de camas en cuidados intensivos de adultos de un 29,4% y de un 47% en cuidados intensivos pediátricos. La capacidad presupuestada de camas de UCI del Hospital Universitario es mayor en un 41% que la capacidad ofertada. (31 vs. 22 camas).

Se recomienda aumentar el número de camas en cuidados intensivos adultos y pediátricos en una cifra no menor a la demanda insatisfecha, así como mejorar el intervalo de sustitución en la UCI Adultos y llevar un registro formal de la demanda insatisfecha. (26)

Giordano A, Moraes A, Iturralde A. (2007). Demanda de camas en medicina intensiva. Proceso de ingreso al centro de tratamientos intensivos del Hospital de Clínicas durante un mes. Uruguay. Objetivos: estudiar la demanda de camas críticas en el Hospital de Clínicas y el proceso de ingreso al centro de tratamientos intensivos en junio de 2005. Resultados: En total se registraron 271 días/cama no satisfecha, mediana nueve camas por día. Conclusiones: en junio de 2005 se documentó un déficit de camas de medicina intensiva en el Hospital de Clínicas.

El grupo que ingresaba en menos de 24 horas observaba menor edad y mortalidad.

El grupo de ingreso tardío a 24 horas presentaba una agravación documentada. La deliberación bioética y el ingreso precoz de aquellos que requieren MI, son elementos fundamentales en el proceso de atención progresiva del paciente. (27)

Otero A, López D. (2016) Estudio de la suficiencia de camas en la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Universitario del Caribe de Cartagena de Indias. Colombia. Determinar el número de camas requeridas para el óptimo funcionamiento del servicio de cuidados intensivos del hospital universitario del caribe, de acuerdo a la demanda que se presentó en el periodo de enero a junio de 2015. Material y método: Se realizó un análisis cuantitativo de la demanda potencial de los usuarios cubiertos por el hospital, frente a la capacidad de su oferta, la muestra fueron los 617 pacientes que requirieron el servicio de UCI durante el primer semestre. Conclusiones: La oferta de camas para la atención de cuidados intensivos descansa en su mayoría en las entidades privadas que prestan el servicio, el Hospital universitario solo alcanza el 7% de esta oferta, siendo la entidad de referencia en materia de servicios de salud para adultos no solo de la ciudad si no del Departamento de Bolívar. (28)

Castaño L, Vellojin I. (2015). Análisis del Comportamiento de la Oferta y la Demanda de camas en la UCI Adulto de la ESE Hospital Universitario del Caribe de Cartagena. Colombia. Objetivos: Analizar el comportamiento de la oferta y la demanda de camas de la UCI Adulto en la Empresa Social del Estado - ESE Hospital Universitario del Caribe de Cartagena en el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2012. Metodología: tiene un alcance descriptivo y un enfoque de tipo mixto. Por cuanto se hizo un análisis de la oferta y demanda de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario del Caribe.

Conclusión: Se pudo determinar que hay un déficit de camas en los hospitales que son referentes. De ahí su importancia y la necesidad de fortalecerlo, en especial su Unidad de Cuidados Intensivos donde sólo se cuenta con diez (10) camas para una demanda creciente. (29)

Hermosa M. (2006). Análisis de la Demanda en relación con la Oferta de los Servicios de salud Pediátricos en un Hospital de Alta Complejidad de la Seguridad Social (ESSALUD). Lima-Perú. Se determinó que hay una inadecuada utilización de la capacidad instalada en las áreas de mayor imagen institucional, un mal dimensionamiento de la demanda para cada establecimiento de salud y jerarquización inadecuada de los mismos lo cual ocasiona congestión de los Servicios Pediátricos. Se recomienda un dimensionamiento real de la demanda de atención pediátrica, una nueva jerarquización de los establecimientos en función de su población adscrita y su real capacidad de resolución y establecimiento de normas de referencia y contra referencia específicas. (8)

Lenemar, (2013). Análisis de Demanda y Oferta: Sustento Técnico para Ampliación y Mejoramiento del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- ESSALUD 2007- 2011. Lima- Perú. Objetivo: Determinar la forma como el análisis de demanda y oferta, facilitan la ampliación y mejoramiento del servicio de cirugía plástica y quemados HNGAI-ESSALUD. Resultados: El instrumento reveló: El 84.3% refirió no se dispone de la capacidad acorde a la demanda; el 87% el equipamiento muestra insuficiencia, el 42.7% soporte logístico inadecuado, el 65.4% refirió personal insuficiente, el 88.5% el tratamiento del paciente quemado asertivo.

Conclusiones: Las brechas cualitativas y cuantitativas muestran requerimientos y producción del servicio, compatibles con un centro quemados. (5)

Callan C. (2016). Mejorando la Dotación de Material Médico para la Atención del Cliente Externo que acude al Servicio de Emergencia del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta –EsSalud – Trujillo- Perú. Objetivo: mejorar la dotación de material médico para la atención del cliente externo que acude al servicio de emergencia. Metodología: se utilizó el Modelo de Proyectos de Inversión del SNIP del Ministerio de Economía y Finanzas y el Esquema de Percy Bobadilla. Se establecen como Líneas de Acción, la Gestión, la Capacitación y la Interculturalidad; asimismo se cuenta con la sostenibilidad del equipo multidisciplinario de salud y logística que labora actualmente en la institución. (30)

Aldave M. (2015). Implementación y Mejoramiento de Medidas de Salud y Seguridad en el trabajo del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote. Objetivo: lograr implementar, mejorar, controlar y corregir los riesgos que pueden atentar contra la salud y bienestar de los trabajadores de salud, así como establecer una Política de Promoción de prácticas adecuadas de Bioseguridad en los trabajadores de salud del Hospital.

Recomendaciones: se busca que los resultados sean de utilidad para futuros profesionales de salud en esta línea de investigación y promover una conducta reflexiva en la prevención logrando un ambiente de trabajo ordenado, seguro y conduzca a mejorarla calidad de atención. (31)

Por lo expuesto podemos evidenciar que no existen estudios relacionados con el trabajo académico a nivel local, en las Instituciones de Salud de la Provincia aún no se han propuesto proyectos de creación del pabellón de cuidados intensivos especiales en

el HNCASE y mejoramiento del manejo del paciente crítico por lo que se creyó conveniente realizar el presente estudio.

Cortez, R. (1997) señala que bajo un enfoque económico la persona determina su demanda por servicios de salud. La función de demanda por servicios de salud se define en un proceso de comportamiento dinámico en el cual se combinan recursos, conocimientos y patrones de comportamiento, con la tecnología, los servicios y la información disponible, con la finalidad de poder restaurar, mantener y promover la salud de sus miembros. (33)

Según Bitrán, R. (1999), la demanda por servicios de salud es la cantidad de atención médica de un cierto tipo, que una o más personas están dispuestas a obtener, durante un cierto período de tiempo, por uno o más proveedores, en función de las características de las personas y de 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 hacia los grupos de población particulares a través de programas informativos (9).

Según la demanda cualitativa aplicada a la salud de las personas, está directamente relacionado con 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. (32,34)

La oferta, el estudio de oferta 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 de 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 productividad, equipamiento y organización facilitan un estudio ordenado para compensar la demanda establecida dentro de una población. En sí hace referencia a la disponibilidad de servicios de salud, ofrecidos por las instituciones vinculadas al sector salud para satisfacer a la demanda. (32)

Según García, A. y Ramos, I. (1998) la oferta o disponibilidad de servicios se refiere, al conjunto de establecimientos de salud en el país con su localización espacial y sus características, incluyendo la gama de servicios ofrecidos (cirugía, medicina general, atención primaria, etc.), tamaño (horas de consulta, número de camas, cantidad de personal) y calidad (ejemplo: congestión del servicio) (34).

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, en función del monto, tipo y combinación de recursos para el proceso de producción de los procedimientos de cada alternativa e incluye también los aspectos relacionados con la tecnología. Porque el análisis tiende a explorar, la aplicación de nuevas tecnologías organizativas y de equipamiento que permitan incrementar la calidad, eficiencia y la productividad. (7)

- a) Capacidad resolutive, se refiere a la capacidad de la oferta para satisfacer las necesidades de una población en términos: Cuantitativa, que es la capacidad que tienen los recursos de un establecimiento para producir servicios en

cantidad suficientes para satisfacer el volumen de necesidades existentes en una población. Cualitativa, es la capacidad de los recursos de un establecimiento para producir el tipo de servicios necesarios para solucionar la severidad o complejidad de las necesidades de la población. (Dependiendo de la especialización y tecnificación de sus recursos).

- b) Estructura, constituida por recursos humanos físicos y tecnológicos que determinan la capacidad resolutive de la oferta en términos de: Tamaño. Referido a la cantidad de los recursos para producir servicios de salud en relación al volumen de necesidades de una población. Nivel tecnológico. Relacionado al grado de especialización y tecnificación de los recursos necesarios para producir salud en función de la severidad de las necesidades de una población (determina la capacidad resolutive). (35)

Las bases teóricas sobre mejoramiento y ampliación de servicios de salud muestran 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. (9)

En la última década se observó el incremento la desigual distribución de los recursos 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 desarrollo cobrando problemas de salud diferentes como las enfermedades crónicas y degenerativas, enfermedades del adulto mayor, obesidad, salud mental, los

accidentes de tránsito, violencia, el estrés, 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 paciente crítico que pueden derivar en el incremento de la morbilidad si no son atendidas. (38)

Por lo expuesto, el presente trabajo permitirá al autor colaborar en la disminución de los indicadores de morbilidad, mejorar la demanda asistencial insatisfecha, mejorar la oferta y disminuir la demora de atención del paciente que requiere cuidados intensivos críticos.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Creación del Pabellón de Cuidados Especializado en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo para Atención centralizada del paciente crítico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejora de la información de la jefatura del servicio de UCI y jefaturas de servicios medico quirúrgicos especializados sobre la elaboración, operativización y beneficios de la creación del pabellón de cuidados especializados.
- Mejora de la sensibilización del personal asistencial involucrado, las autoridades del nivel local y del nivel central, sobre la problemática del servicio.

Creación del pabellón de cuidados especializados en el CASE para centralizar atención de paciente crítico.

V. METAS

- Creación del pabellón de Cuidados especializados en el primer año del 50% y conclusión al segundo año.
- Incremento de la atención especializada del paciente crítico en un 80%.
- Disminución de la demanda insatisfecha en un 80%.
- Disminución de la morbilidad del paciente crítico en un 50%.
- Disminución de la mortalidad del paciente crítico en < 5%.
- Elaboración, implementación y aplicación del plan de capacitación con participación del 100% de las autoridades de la Gerencia de la Gerencia de Red y personal asistencial de los servicios involucrados.
- Elaboración, implementación y aplicación del plan de sensibilización con la participación del 100% de las autoridades de la Gerencia Local, de la Gerencia de Red y personal asistencial del servicio de UCI y especialidades médico – quirúrgicas.
- 100% de autoridades de la Gerencia Local y personal asistencial sensibilizados con la problemática del servicio.
- Infraestructura construida y equipada en un 50% el primer año y 100% al término del segundo año con personal de salud calificado.

VI. METODOLOGIA

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

A. CAPACITACIÓN:

La capacitación es un conjunto de acciones educativas de carácter metódico, estratégico aplicado de manera organizada y sistemática a las organizaciones, por el

cual el recurso adquiere habilidades destrezas y conocimientos relacionados al quehacer, y cambia sus prácticas y actitudes frente a las tareas de la organización. (39)

El contenido de la capacitación es la transmisión de información o cuerpo de conocimientos, desarrollo de habilidades, modificación de actitudes negativas por actitudes favorables y desarrollo de conceptos, (39).

La capacitación del personal, se obtendrá sobre dos pilares fundamentales, 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 si este no cuenta con buen trato o recompensas a lo que realiza.(40)

Los programas de capacitación en servicio buscan la mejora continua de los servicios de salud, ayuda y favorece los cambios.

En el Hospital Nacional CASE los colaboradores son unos recursos demasiado importantes y la capacitación es una herramienta útil para modificar conductas, capacidades, habilidades y destrezas y sobre todo brindar nuevos conocimientos que permitan alcanzar metas en común.

A.1 Programa de capacitación de los jefes del servicio de UCI y especialidades médico – quirúrgicas para elaboración y operativización del proyecto de intervención.

- Reunión de trabajo para socializar con los Jefes del servicio de UCI, especialidades médico – quirúrgicas y enfermería, los ítems de la capacitación y el proyecto de intervención.
- Coordinación con Gerencia Medico – Quirúrgica, Jefe de División de Enfermería y unidad de capacitación.

- Elaboración del programa de capacitación.
- Presentación del programa de capacitación a Gerencia Medico quirúrgica, División de enfermería y unidad de capacitación para la aprobación.
- Solicitud a la Gerencia Medico quirúrgica, la aprobación del programa de capacitación y actualización.
- Aplicación de pre test al personal asistente a la capacitación de servicio.
- Ejecución del programa de capacitación.
- Asistencia puntual y obligatoria de los jefes de los servicios a la capacitación y actualización en servicio.
- Aplicación de pos test a los participantes asistentes a la capacitación y actualización en servicio.
- Evaluación final del programa de capacitación y actualización en servicio.

A.2 Plan de difusión de los beneficios para la institución por la creación del pabellón de cuidados intensivos especializados.

- Elaboración del programa de difusión de los beneficios de la creación del pabellón de cuidados especializados.
- Uso de medios y material de difusión: correo electrónico, material didáctico (revistas, afiches, trípticos o boletín informativo) y exposición.
- Preparación de todo el material a difundir.
- Reuniones para socializar los indicadores que se obtendrían con la creación del servicio.
- Preparación de compromisos a corto, mediano y largo plazo por parte de las autoridades de la institución.

- A.3 Pasantía de gestión del personal y jefe de servicio de UCI y jefes de servicios medico de las áreas medico quirúrgicas para reconocer experiencias en otros servicios semejantes.
- Elaboración del proyecto de pasantes a hospital con el mismo nivel de complejidad.
- Trámite administrativo a la Gerencia hospitalaria y División de Enfermería y unidad de capacitación para la aprobación de proyecto de pasantía.
- Coordinación de pasantía del personal con Hospital Edgardo Rebagliati Martins

B. SENSIBILIZACIÓN:

Sensibilización se define como un proceso de comunicación, activo y creativo, que genera cambios actitudinales y comportamentales, ya que tiene una carga alta de subjetividad que se acompaña de sentimientos como la empatía, la compasión y demás asociados. (42)

Como parte de las líneas de acción se ha considerado la sensibilización que a través de un programa dirigido a discutir la problemática de los pacientes en estado crítico, la diversificación en la atención y la falta de oportunidad en la misma, despertando el interés propio para poder encontrar soluciones y participar de esta propuesta de mejora, cuyos beneficiarios son los usuarios internos y los usuarios externos.

b.1 Taller de Sensibilización sobre la problemática del Servicio y propuesta de solución

- Incluir el taller de sensibilización sobre problemática del establecimiento en el manejo del paciente crítico dentro del plan de capacitación anual del establecimiento.

- Elaboración e implementación del taller de sensibilización
- Solicitud a gerencia para aprobación de la ejecución del taller
- Coordinación con división de enfermería y unidad de capacitación
- Presentación del taller de sensibilización a la unidad de economía y capacitación para su aprobación y presupuesto
- Convocatoria de reunión en los servicios de involucradas para analizar la problemática del servicio
- Asistencia puntual y obligatoria del personal de ambos servicios al taller
- Aplicación de pre - test a los participantes
- Realización del taller de sensibilización de la problemática del servicio
- Socialización de los puntos congruentes para conocer la problemática del servicio
- Reuniones de trabajo mensual para establecer prioridades y horarios
- Realización de trabajo eficiente y de calidad para un cliente interno satisfecho del servicio de UCI
- Aplicación de pos- test a los participantes
- Evaluación final del taller.

b.2 Programa de refuerzo de las capacidades de resolución y gestión de las autoridades del nivel local. De ESSALUD.

- Incorporar el programa de fortalecimiento de las capacidades resolutorias del nivel de gestión dentro del plan de capacitación anual del establecimiento.
- Diseño e implementación del programa de fortalecimiento
- Solicitud a gerencia para aprobación del programa de fortalecimiento de las capacidades resolutorias.

- Coordinación con Gerencia del establecimiento, División de enfermería y unidad de capacitación
- Presentación del programa de fortalecimiento a la unidad de presupuesto para su aprobación.
- Citación de reunión con los jefes de servicio de UCI y jefes de servicio de las especialidades médicas y las especialidades quirúrgicas
- Asistencia obligatoria de los jefes de los servicios a la capacitación
- Aplicación de pre - test a los participantes
- Realización del taller de desarrollo de capacidad de gestión óptima del recurso humano.
- Realización de taller de fortalecimiento de las capacidades resolutivas de las
- autoridades.
- Aplicación de pos- test a los participantes
- Evaluación final del programa de fortalecimiento de las capacidades resolutivas.

b.3 Taller sobre manejo de herramientas e instrumentos de mejora de la calidad de los servicios de salud.

- Reunión con los entes responsables de la programación y ejecución del presente taller.
- Solicitud a Gerencia del establecimiento para aprobación del taller.
- Incorporación del taller sobre manejo de herramientas e instrumentos de mejora
- de la calidad de los servicios de salud dentro del plan de capacitación anual
- del establecimiento.

- Coordinación con División de enfermería, gerencia y unidad de capacitación
- Presentación del taller a la unidad de presupuesto
- Convocatoria de reunión la secretaria de departamentos médicos involucrados
- Asistencia puntual y obligatoria de los jefes de ambos servicios y el resto del personal a la capacitación.
- Aplicación del Pre- Test
- Realización del taller sobre técnicas y herramientas para la gestión de la calidad:
 - Técnicas de calidad (lluvia de ideas y diagrama de afinidades)
 - Herramientas de calidad (herramientas básicas, herramientas estadísticas y herramientas avanzadas)
- Aplicación del Post- Test
- Entrega de resumen de principales técnicas y herramientas para gestión de la calidad.

C. GESTIÓN:

Es la acción o efecto de hacer operaciones y actividades, es decir gestionar y administrar para el logro de un negocio o un deseo cualquiera. Gestionar conlleva con los diferentes niveles administrativos para coordinar, negociar, liderar, conciliar persuadir y a su vez programar, organizar el servicio en sí, para una mejora de los productos finales y satisfacer las demandas tanto de los clientes internos y externos.

(30)

Un sistema de Gestión de la Calidad se convierte en una poderosa herramienta de autogestión de las empresas, avala a su cliente la calidad del servicio que va a recibir,

son acciones institucionales, revisadas y planificadas, que se realizan sobre un conjunto de elementos de una empresa para alcanzar la calidad. El Sistema de Gestión de la calidad, determina la calidad como una base de la atención de salud del paciente crítico de las Unidades de Cuidados Intensivos, determinando que calidad de la atención es el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la prestación de salud que se brinde a los usuarios en la obtención constante de su satisfacción. El conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permiten contar con evidencias de la calidad de manera sistemática y continua. (45)

En este sentido se propone el empleo y prestación de servicios de altos estándares de calidad, que serán cuantificados por un conjunto de indicadores de satisfacción del usuario, a través de metodologías y herramientas que permitirán determinar el nivel de progreso hacia los niveles deseados de calidad. (45)

La gestión de la enfermera tiene la intención de adecuar la atención de las necesidades del usuario, las demandas de sus familiares deben tomar en los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. De esta manera la enfermera deberá ejercer un liderazgo estratégico y comprensivo que permita a los usuarios internos hacia la mejora continua del cuidado en usuarios críticos. (14)

La Gerencia Central del Aseguramiento en EsSalud busca alcanzar la excelencia de gestión y la satisfacción de los asegurados mediante una atención de calidad, cumpliendo con el estándar internacional de gestión de calidad ISO 9001:2018, a través de la definición de objetivos, metas y programas de gestión, mejorando las

competencias de capacitación y sensibilización e implementándose proyectos de mejora y ampliación de servicios. (17)

C.1 Ampliación de la unidad de cuidados intensivos para convertirlo en un pabellón de cuidados intensivos especializados para la atención del paciente crítico.

- Solicitud a Gerencia local sobre la ampliación de UCI para crear el pabellón de cuidados intensivos
- Elaboración del estudio de pre factibilidad para la creación del pabellón de cuidados especializados en coordinación con el área de Ingeniería de la Red.
- Presentación del proyecto de creación del pabellón de cuidados intensivos especializados a la Gerencia Central y Presidencia ejecutiva para la aceptación y financiamiento.
- Sustentación técnica de proyecto de creación del pabellón de Cuidados Intensivos especializado a la Gerencia Central y Presidencia ejecutiva para la aceptación y financiamiento.
- Elaboración de sustento técnico para el requerimiento de personal profesional
- y técnico de enfermería para labor exclusiva en el servicio de UCI especializado.
- Ejecución de obras de construcción
- Inauguración del pabellón de cuidados intensivos especializados

C.2 Implementación y equipamiento del nuevo pabellón de cuidados intensivos especializados.

- Solicitud a Gerencia Hospitalaria y División de enfermería para la implementación del material médico y equipos para el nuevo servicio.

- Contratación de recurso humano (10 médicos, 15 enfermeras, 10 técnicos de enfermería).
- Elaboración del cuadro de necesidades de material y equipos biomédicos para adquisición y reposición de acuerdo con el nivel complejidad de la institución.
- Recepción de materiales y equipos

C.3 Elaboración e implementación de las normas, protocolos y guías de atención y procedimientos.

- Reunión con el Comité de Gestión y documentos técnicos y los jefes de servicio de UCI y jefes de especialidades médicas y quirúrgicas para elaborar el cronograma de GANNT, para la elaboración de los documentos técnicos propuestos.
- Coordinación con el área de calidad para recibir los instructivos para elaboración de documentos técnicos.
- Reuniones de trabajo mensual con el Comité y personal responsable para la elaboración de los protocolos y guías de procedimientos
- Validación de documentos técnicos por el personal operativo de los servicios involucrados.
- Implementación del servicio con los documentos de gestión de calidad, normatividad, elaboración del manual de organización y funciones y el ROF.
- Aplicación de los documentos técnicos luego de la creación del pabellón
- Coordinación con el Comité de Normas Técnicas y con la División de enfermería la impresión y anillado de protocolos, guías de procedimiento.

6.2 SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo de un equipo integrado por miembros que representen a la Gerencia de Red, oficina de OGYD, Gerencia Hospitalaria, Oficina de Administración, Jefaturas de Departamento de UCI y Departamentos Médicos y Quirúrgicos especializados y Jefatura de División de Enfermería,. Con la finalidad de desarrollar y ejecutar el proyecto en forma sostenible a través del tiempo.

Las instituciones de salud tienen como objetivo garantizar el servicio prestado al cliente externo con calidad, eficiencia y eficacia, disminuyendo sus tasas y porcentajes de indicadores negativos, durante su estancia hospitalaria.

EsSalud, la contraloría y Su Salud realizan acciones de control permanentes programando acciones de este tipo durante todo el año, para supervisar y controlar no solo procedimientos administrativos si no procedimientos asistenciales que resguarden una atención segura y de calidad al asegurado interno y al asegurado externo.

Esto va a permitir estandarizar los procesos, lo que nos impulsa a mejorar la calidad de atención, estandarizar los procesos de capacitación y actualización del proyecto. El

VII. SISTEMA DE MORITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICAS/ INSTRUMENTO	FRECUENCIA	RESPONSABLES	FECHA DE PRESENTACIÓN DE INFORME
Propósito: Creacion del pabellon de cuidados intensivos especializados en el HNCASE para atencion del paciente critico. EsSalud	<ul style="list-style-type: none"> • Creacion del pabellon de cuidados criticos especializados en el HNCASE en un 50% el primer año y conclusion el segundo año • Incremento de la atencion especializada del paciente critico en un 80% • Porcentaje de disminucion de la demanda insatisfecha en un 80% 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de pabellon de cuidados criticos especializado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución De Creacion de pabellon de cuidados intensivos especializados 	Informes / Documentación	Trimestral	Comité de Gestión	1 de Julio y posteriormente cada primer Viernes mensual.
		<ul style="list-style-type: none"> • N pacientes Atendidos de manera centralizada en la UCI Especializada en el primer año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Datos estadísticos de la Gerencia de Control de EsSalud sobre control de calidad 	Informe	Trimestral	Comité de Gestión.	1 de Julio y posteriormente cada primer Viernes mensual.
			<ul style="list-style-type: none"> • Estadística 	Informe	Trimestral	Comité de Gestión.	1 de Julio y posteriormente cada primer Viernes mensual.

	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la morbilidad del paciente crítico en 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • % de Disminucion de la morbilidad del paciente crítico 	<ul style="list-style-type: none"> • Estadística 	Informe	Trimestral	Comité de Gestión.	1 de Julio y posteriormente cada primer Viernes mensual
	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la mortalidad del paciente crítico a < 5% 	<ul style="list-style-type: none"> • % de Disminución de la mortalidad del paciente crítico 	<ul style="list-style-type: none"> • Estadística 	Informe	Trimestral	Comité de Gestión.	1 de Julio y posteriormente cada primer Viernes mensual

VII. SISTEMA DE MORITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICAS/ INSTRUMENTO	FRECUENCIA	RESPONSABLES	FECHA DE PRESENTACIÓN DE INFORME
<p>Propósito: Creacion del pabellon de cuidados intensivo especializados en el HNCASE para atencion del paciente critico. EsSalud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creacion del pabellon de cuidados criticos especializados en el HNCASE en un 50% el primer año y conclusion el segundo año • Incremento de la atencion especializada del paciente critico en un 80% • Porcentaje de disminucion de la demanda insatisfecha en un 80% 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de pabellon de cuidados criticos especializado. • N pacientes Atendidos de manera centralizada en la UCI Especializada en el primer año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución De Creacion de pabellon de cuidados intensivos especializados • Datos estadísticos de la Gerencia de Control de EsSalud sobre control de calidad • Estadística 	<p>Informes / Documentación Informe</p>	<p>Trimestral</p> <p>Trimestral</p>	<p>Comité de Gestión</p>	<p>1 de Julio y posteriormente cada e primer Viernes mensual.</p>
				Informe	Trimestral	Comité de Gestión.	1 de Julio y posteriormente cada e primer Viernes mensual.
						Comité de Gestión.	1 de Julio y posteriormente cada e primer Viernes mensual.

	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la morbilidad del paciente crítico en 50% • Disminución de la mortalidad del paciente crítico a < 5% 	<ul style="list-style-type: none"> • % de Disminucion de la morbilidad del paciente crítico • % de Disminución de la mortalidad del paciente crítico 	<ul style="list-style-type: none"> • Estadística • Estadística 	<p>Informe</p> <p>Informe</p>	<p>Trimestral</p> <p>Trimestral</p>	<p>Comité de Gestión.</p> <p>Comité de Gestión.</p>	<p>1 de Julio y posteriormente cada primer Viernes mensual</p> <p>1 de Julio y posteriormente cada primer Viernes mensual</p>
--	---	--	--	-------------------------------	-------------------------------------	---	---

Resultado N°1 Facilitar la información sobre lineamientos para elaborar el proyecto de creación del pabellón de cuidados críticos en el HNCASE para atención del paciente crítico.	Elaboración, implementación y aplicación del plan de capacitaciones y participación del 100% de las autoridades de la Gerencia Central y personal asistencial	N° de capacitaciones programadas.	Plan de capacitación.	Informe / Documentación del plan de capacitación	Trimestral	Jefa de enfermería del servicio UCI	1 de Julio y posteriormente cada primer Viernes mensual
		N° de capacitaciones ejecutadas.	Informe de capacitación ejecutadas	Informe / Documentación de la evaluación del plan de capacitación	Trimestral	Jefa del servicio de UCI de enfermería	

	del servicio de UCI	N° de participantes de las autoridades de la Gerencia Central.	Registro de asistencia a las capacitaciones	Hoja de chequeo de asistencia.	Trimestral	Coordinadora de enfermería del servicio UCI.	1 de Julio y posteriormente cada primer Viernes mensual
		N° de participantes del personal asistencial.	Registro de asistencia a las capacitaciones	Hoja de chequeo de asistencia.	Trimestral	Coordinadora de enfermería del servicio UCI.	
Resultado N°2 Mejora de la Sensibilización de las Autoridades de la Gerencia Central y Personal Asistencial del Servicio de UCI sobre la problemática del servicio.	Elaboración implementación y aplicación del Plan de Sensibilización con la participación del 100% de las Autoridades de la Gerencia Central y Personal Asistencial del servicio UCI	N° de capacitación programadas.	Plan de sensibilización.	Informe / Documentación.	Trimestral	Comité de Gestión de la Gerencia Central y del Servicio de UCI	1 de Julio y posteriormente cada primer Viernes mensual
		N° de capacitación ejecutadas.	Informes de capacitaciones ejecutado.	Documentos del plan de capacitación	Trimestral	Comité de Gestión de la Gerencia Central y del	

7.2 Matriz de Monitoreo

CO-DI-GO	ACTIVIDADES Y TAREAS (SUBACTIVIDADES)	META	RECURSOS ASIGNADOS	INDICADORES	FUENTE DE INFORMACION	INSTRUMENTOS	FRECUENCIA	RESPONSABLE	FECHA PRESENTACION INFORME	ENTREGAR A:
A1	Programa de capacitación de los jefes del servicio de UCI sobre elaboración y operativización del proyecto de intervención.	15 participantes entre jefes del servicio de UCI en el programa de capacitación.	Total: \$/. 850.00 Propio: \$/.800.00 Externo: \$/.50.00	N° de capacitaciones programadas.	Informes internos.	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completada la actividad.	Claudia Escalante Luzquiños	02/01/2018	Director de la institución.
				N° de capacitaciones ejecutadas.	Informes internos.	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completada la actividad.	Claudia Escalante Luzquiños	02/12/2018	Director de la institución.
				N° de participantes del Programa de Capacitación.	Informes internos.	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completada la actividad.	Claudia Escalante Luzquiños	02/01/2018	Director de la institución.
		Elaboración y Operativización de un Proyecto de	N° de Proyecto de intervención elaborado y terminado.	Informes internos.	Reportes trimestrales	Una vez completada la activi-	Claudia Escalante Luzquiños	02/03/2018	Director de la institución.	

		Intervención en un 100%.				trales y mensuales	dad.			
A1.1	Reunión de trabajo para socializar con los jefes del servicio de UCI los contenidos o temas de capacitación y actualización sobre la importancia del proyecto de intervención.	10 Reuniones de trabajo de socialización con los jefes del servicio de UCI.	Total: \$/. 150.00 Propio: \$/. 125.00 Externo: \$/. 25.00	Nº participantes en las reuniones de socialización Nº de reuniones ejecutadas	Informes internos. Informes internos.	Reportes trimestrales y mensuales Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completada la tarea. Una vez completada la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños Claudia Escalante Luzquiños	10/01/2018 10/01/2018	Director de la institución. Director de la institución.
A1.2	Coordinación con dirección, dpto. de enfermería, oficina de capacitación, planeamiento, economía y finanzas.	20 Coordinaciones ejecutadas con la dirección, dpto. de enfermería, capacitación, planeamiento, economía y finanzas.	Total: \$/. 120.00 Propio: \$/. 115.00 Externo: \$/. 5.00	Nº de participantes en la coordinación.	Informes internos.	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	15/01/2018	Director de la institución.
A1.3	Elaboración del programa de capacitación.	01 Programa de capacitación elaborado en un 100%.	Total: \$/. 300.00 Propio: \$/. 250.00	Nº de participantes en la elaboración del programa de capacitación.	Informe final elaborados.	Reportes trimestrales y	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/02/2018	Director de la institución.

			Externo: S/. 50.00			men- suales				
A1.4	Presentación del programa de capacitación a dirección, dpto. de enfermería unidad de capacitación para la aprobación.	01 Programa de capacitación presentado al 100 % de autoridades indicadas.	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/.15.00 Externo: S/. 5.00	Nº de presentaciones ejecutadas.	Informe de presentación del programa.	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	15/02/2018	Director de la institución.
A1.5	Solicitud a la dirección para la aprobación del programa de capacitación y del presupuesto respectivo.	01 Informe de solicitud aprobada del programa de capacitación.	Total: \$/. 120.00 Propio: \$/. 115.00 Externo: \$/. 5.00	Nº de solicitudes presentadas.	Informes solicitud.	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completada la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	18/02/2018	Director de la institución
		01 Informe de aprobación del presupuesto aprobado en un 100 % por la dirección.	Total: \$/. 120.00 Propio: \$/. 115.00 Externo: \$/. 5.00	Nº de solicitudes presentadas.	Informes solicitud.	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completada la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	18/02/2018	Director de la institución.
A1.6	Aplicación del pre-test al personal asistente a la capacitación de servicio.	Aplicación del pre-test a 15 participantes	Total: \$/. 100.00 Propio: \$/. 90.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de participantes del pre-test.	Control de asistencia. Comprobantes de pago	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completada la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/04/2018	Director de la institución.

					(factura, recibo por honorario, boletas, etc.)					
A1.7	Ejecución del programa de capacitación.	15 de participantes permanentes del programa.	Total: \$/. 550.00 Propio: \$/. 525.00 Externo: S/. 25.00	Nº de participantes en el Programa de capacitación.	Control de asistencia. Comprobantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc.	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/05/2018	Director de la institución.
A1.8	Asistencia puntual y obligatoria de los jefes de ambos servicios a la capacitación y actualización en servicio.	Puntualidad del 80 % de jefes de ambos servicios.	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	% de puntualidad y asistencia.	Control de asistencia.	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/05/2018	Director de la institución.
A1.9	Aplicación del pos-test a los participantes asistentes a la capacitación y	Aplicación del post-test. a 15 participantes.	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	Nº de participantes del post-test.	Control de asistencia. Compro-	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	06/05/2018	Director de la institución.

	actualización en servicio.				bantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc.					
A1.10	Evaluación final del programa de capacitación y actualización en servicio.	01 Programa de capacitación evaluado en un 100 %.	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	Nº de participantes que ejecutaron la evaluación del programa de capacitación.	Informe interno de evaluación.	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	16/02/2018	Director de la institución.
A2	Programa de difusión de los beneficios para la institución de la creación del servicio de UCI.	50 participantes. Producción de materiales de apoyo.o	Total: \$/. 600.00 Propio: \$/. 550.00 Externo: \$/. 50.00	Nº de participantes al programa de difusión.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/04/2018	Director de la institución.
A2.1	Elaboración del programa de difusión de los beneficios de la creación del servicio de UCI.	01 Programa de difusión elaborado en un 100 %	Total: \$/. 400.00 Propio: \$/. 350.00 Externo: \$/. 50.00	Programa de difusión terminado.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/05/2018	Director de la institución.
A2.2	Selección de los medios de difusión: correo electrónico,	2 correo electrónico.	Total: \$/.1000.00 Propio: \$/. 950.00	Material didáctico elaborado.	Materiales seleccionados.	Reportes trimestrales y	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/06/2018	Director de la institución.

	material didáctico (afiches, trípticos, revista institucional y boletín informativo) y exposición.	4 material didáctico: 200 afiches. 200 trípticos. 1 revista institucional. 3 boletines informativos.	Externo: \$/. 50.00		Comprobantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc).	mensuales				
A2.3	Preparación de los materiales según el medio de difusión seleccionada.	200 ejemplares elaborados de afiches, 200 ejemplares elaborados de trípticos, 3 boletines informativos elaborados. 01 revista institucional difundida.	Total: \$/. 400.00 Propio: \$/.350.00 Externo: \$/. 50.00	Nº de ejemplares elaborados.	Materiales producidos. Comprobantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc).	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/07/2018	Director de la institución.
A2.4	Ejecución de reuniones para socializar los indicadores de reducción que se lograría con la creación del servicio	10 Reuniones ejecutadas con las autoridades de gestión.	Total: \$/. 100.00 Propio: \$/. 90.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de participantes en las reuniones de socialización.	Control de asistencia.	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/08/2018	Director de la institución.

A2.5	Elaboración y aprobación de compromisos a corto, mediano y largo plazo en cuanto a medidas de mejora de las autoridades de la institución.	10 Compromisos de medida de mejora elaborados con un 100 % de aprobación.	Total: \$/. 100.00 Propio: \$/. 90.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de medidas de mejora para la institución elaborados y aprobados.	Informe de compromisos y acuerdos.	Reportes trimestrales y mensuales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/09/2018	Director de la institución.
A3	Pasantía de comisión del servicio de UCI sobre gestión hospitalaria y experiencias positivas de creación y mejoramiento de los servicios.	10 participantes del servicio de UCI 10 participantes del servicio de Cirugía.	Total: \$/. 30,670 Propio: \$/. 30,570 Externo: \$/. 100.00	Nº de pasantías programadas. Nº de pasantías efectuadas. Nº de participantes de la pasantía.	Informes internos. Informes internos.	Reportes trimestrales y mensuales. Reportes trimestrales y mensuales.	Una vez completa la actividad. Una vez completa la actividad.	Claudia Escalante Luzquiños Claudia Escalante Luzquiños	02/01/2018 02/01/2018	Director de la institución. Director de la institución
A3.1	Elaboración del proyecto de pasantía a un hospital de mayor complejidad.	01 Proyecto de pasantía elaborado en un 100 %.	Total: \$/. 50.00 Propio: \$/. 40.00 Externo: \$/. 10.00	01 Proyecto de pasantía terminado.	Informe interno.	Reportes trimestrales y mensuales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/02/2018	Director de la institución.

A3.2	Solicitud a dirección, dpto. de enfermería y unidad de capacitación la aprobación del proyecto de pasantía, así como su presupuesto.	09 Informes de solicitud aprobado por la gerencia central 01 Informe de solicitud de presupuesto aprobado en un 100% por la Gerencia Central. 01 Proyecto de pasantía aprobado.	Total: \$/. 120.00 Propio: \$/. 115.00 Externo: \$/. 5.00	N° de solicitudes presentada. N° de solicitud aprobada del proyecto. N° de solicitud aprobada del presupuesto. N° de Proyecto de pasantía aprobado.	Informes internos. Informes internos. Informes internos. Informes internos.	Reportes trimestrales y mensuales. Reportes trimestrales y mensuales.	Una vez completa la tarea. Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños Claudia Escalante Luzquiños	02/03/2018 02/03/2018	Director de la institución. Director de la institución.
A3.3	Coordinación con Hospital Edgardo Rebagliati Martins la aceptación de la pasantía del personal asistencial.	15 Coordinaciones ejecutadas con las autoridades de la oficina de capacitación del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.	Total: \$/. 320.00 Propio: \$/. 315.00 Externo: \$/. 5.00	N° de participantes en la coordinación.	Informes internos.	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/06/2018	Director de la institución.

A3.4	Designación de los profesionales del servicio de UCI por grupos para pasantía en Hospital Edgardo Rebagliati Martins	10 profesionales del servicio de UCI aprobados y presupuesto designado por la institución. 10 profesionales de servicio de Cirugía aprobados y presupuesto designado por la institución.	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	N° de profesionales designados.	Informes internos.	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/07/2018	Director de la institución.
A3.5	Ejecución de pasantía en el Hospital indicado cumpliendo estrictamente el horario.	20 profesionales asisten a la pasantía en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.	Total: \$/. 30,520 Propio: \$/. 30,500 Externo: \$/. 20.00	N de profesionales que asisten a la pasantía designada.	Control de asistencia Comprobantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc).	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/08/2018	Director de la institución.

A3.6	Coordinación con dirección, dpto. de enfermería, unidad de presupuesto y de personal para gozar sueldo y beneficios reconocidos por ley.	15 Coordinaciones efectuadas en un 100% con autoridades del departamento de enfermería, unidad de presupuesto y de personal. 01 Presupuesto aprobado en un 100%	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	Nº de coordinaciones ejecutados con autoridades para aprobación de presupuesto, gozar sueldo y beneficios. % de presupuesto aprobado en la pasantía de los profesionales.	Informes internos.	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/08/2018	Director de la institución.
A3.7	Informe y replica de pasantía	20 Informes de pasantía elaborados 20 Réplicas ejecutadas en el Servicio de UCI	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	Nº de réplicas ejecutadas en servicio.	Informes internos.	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/08/2018	Director de la institución.
B1	Taller de sensibilización sobre la problemática del servicio y	200 participantes. Producción de materiales de apoyo.	Total: \$/. 151.00 Propio: \$/. 141.00 Externo: \$/. 100.00	Nº de participantes del taller de sensibilización.	Informes internos.	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	05/03/2018	Director de la institución.

	propuesta de solución.									
B1.1	Inclusión del taller de sensibilización sobre problemática del servicio dentro del plan de capacitación anual del establecimiento.	01 Taller de sensibilización dentro del Plan de capacitación.	Total: \$/. 600.00 Propio: \$/. 550.00 Externo: \$/. 50.00	N° de Taller de sensibilización incluido.	Informes internos.	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	20/03/2018	Director de la institución.
B1.2	Elaboración e implementación del taller de sensibilización.	01 Taller de sensibilización elaborado en 100%	Total: \$/. 100.00 Propio: \$/. 90.00 Externo: \$/. 10.00	N° de Taller de sensibilización terminado.	Informes internos. Comprobantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc).	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	20/05/2018	Director de la institución.
B1.3	Solicitud a dirección para aprobación de la ejecución del taller.	10 Informes de solicitud aprobada en un 100%	Total: \$/. 50.00 Propio: \$/. 40.00 Externo: \$/. 10.00	N° de solicitudes presentadas.	Informes internos.	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	20/08/2018	Director de la institución.

B1.4	Coordinación con jefatura de enfermería y unidad de capacitación.	10 Coordinaciones ejecutadas con jefatura de enfermería y jefe de unidad de capacitación en un 100%.	Total: \$/. 50.00 Propio: \$/.40.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de participantes en la coordinación.	Informes internos.	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	20/12/2018	Director de la institución.
B1.5	Presentación del taller de sensibilización a la unidad de economía y capacitación para su aprobación, así como su presupuesto.	01 Taller de sensibilización presentado y aprobado por autoridades. 01 Taller de sensibilización aprobado su presupuesto	Total: \$/. 150.00 Propio: \$/. 140.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de presentaciones efectuadas y aprobadas. % de presupuesto aprobado del taller.	Informes internos.	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/01/2018	Director de la institución.
B1.6	Convocatoria de reunión con los servicios de salud para analizar la situación de la problemática del servicio.	Participación del 80% del personal asistencial de los diferentes servicios de la institución en las reuniones convocadas.	Total: \$/. 50.00 Propio: \$/.40.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de participantes de los diferentes servicios.	Informes internos.	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/10/2018	Director de la institución.
B1.7	Asistencia puntual y obligatoria del personal de ambos servicios al taller.	Puntualidad del 80% del personal	Total: \$/. 50.00 Propio: \$/. 40.00	% de puntualidad y asistencia.	Informe interno	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/02/2018	Director de la institución.

		asistencial de la institución.	Externo: \$/. 10.00							
B1.8	Aplicación del pre-test a los participantes.	Aplicación del Pre-test al 100% de asistentes.	Total: \$/. 50.00 Propio: \$/. 40.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de participantes del pre-test.	Control de asistencia Comprobantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc).	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/05/2018	Director de la institución.
B1.9	Ejecución taller de sensibilización sobre la problemática del servicio.	Asistencia del 80% del personal asistencial de la institución.	Total: \$/. 900.00 Propio: \$/. 850.00 Externo: \$/. 50.00	Nº de participantes del taller.	Control de asistencia Comprobantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc).	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/06/2018	Director de la institución.
B1.10	Socialización de los puntos congruentes para	10 Reuniones ejecutadas con	Total: \$/. 20.00 Propio:	Nº de participantes a las reuniones de socialización.	Control de asistencia.	Reportes	Una vez comple-	Claudia Escalante Luzquiños	02/08/2018	Director de la

	conocer la problemática del servicio.	80% de asistentes.	\$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00			trimestrales.	ta la tarea.			institución.
B1.11	Reuniones de trabajo mensual para establecer prioridades y horarios.	10 Reuniones mensuales ejecutadas en un 100%.	Total: \$/. 120.00 Propio: \$/.115.00 Externo: \$/. 5.00	Nº de reuniones mensuales. Nº de participantes en las reuniones mensuales	Control de asistencia.	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/10/2018	Director de la institución.
B1.12	Realización de trabajo eficiente y de calidad para un cliente interno satisfecho del servicio de UCI.	02 Encuestas de satisfacción interno con 100% de aprobación.	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	% de aprobación de encuesta de satisfacción del cliente interno.	Informe interno	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/11/2018	Director de la institución.
B1.13	Aplicación del post-test.	Aplicación del post-test al 100% de asistentes.	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	Nº de participantes del post- test.	Control de asistencia Comprobantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc).	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/12/2018	Director de la institución.

B1.14	Evaluación final del taller.	01 Taller de sensibilización evaluado.	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	Nº de participantes de la evaluación final. Nº de evaluaciones ejecutadas	Informe interno	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	22/12/2018	Director de la institución.
B.2	Programa de Fortalecimiento de las Capacidades Resolutivas de las Autoridades de la Gerencia Central de EsSalud.	20 participantes de autoridades de la Gerencia Central de EsSalud.	Total: \$/.930.00 Propio: \$/.,900.00 Externo: \$/. 30.00	Nº de participantes del programa de fortalecimiento de capacidades resolutivas.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/03/2018	Director de la institución.
B2.1	Inclusión del programa de fortalecimiento de las capacidades resolutivas de las autoridades dentro del plan de capacitación anual del establecimiento.	03 Programas de fortalecimiento incluidos dentro del Plan de capacitación	Total: \$/. 100.00 Propio: \$/. 90.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de programa de fortalecimiento incluido dentro del plan de capacitación.	Informe interno	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	20/03/2018	Director de la institución.
B2.2	Elaboración del programa de fortalecimiento.	03 Programas de fortalecimiento elaborado	Total: \$/. 400.00 Propio: \$/. 380.00	Nº de programa de fortalecimiento elaborado.	Informe interno	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	20/05/2018	Director de la institución.

			Externo: \$/. 20.00		Compro- bantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc).					
B2.3	Solicitud a dirección para aprobación del programa de fortalecimiento de las capacidades resolutivas así como el presupuesto respectivo.	03 Informe de solicitud aprobado.	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	N° de solicitudes presentadas.	Informe interno Compro- bantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc).	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	20/06/2018	Director de la institución.
		01 Informe de Presupuesto aprobado.	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	% de presupuesto aprobado.	Informe interno Compro- bantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc).	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	20/06/2018	Director de la institución.

B2.4	Coordinar con jefatura de enfermería dirección y unidad de capacitación .	05 Coordinaciones ejecutadas.	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	Nº de participantes en la coordinación	Informe interno Comprobantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc).	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	20/07/2018	Director de la institución.
B2.5	Presentación del programa de fortalecimiento a unidad de economía y capacitación para la aprobación.	01 Programa de fortalecimiento presentado al 100% de autoridades indicadas.	Total: \$/. 50.00 Propio: \$/. 40.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de presentaciones ejecutadas.	Informe interno Comprobantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc).	Reportes trimestrales.	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	20/08/2018	Director de la institución.
B2.6	Convocatoria de reunión en los servicios de UCI	Participación del 80% del personal asistencial de los diferentes servicios de la institución.	Total: \$/. 100.00 Propio: \$/. 90.00 Externo: \$/. 10.00	N de participantes de los diferentes servicios.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	20/09/2018	Director de la institución.

B2.7	Asistencia puntual y obligatoria de los jefes de ambos servicios a la capacitación.	Puntualidad del 80% del personal asistencial de la institución.	Total: \$/. 100.00 Propio: \$/. 90.00 Externo: \$/. 10.00	% de puntualidad y asistencia.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	20/10/2018	Director de la institución.
B2.8	Aplicación del pre-test a los participantes.	Aplicación del pre-test al 100% de asistentes.	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	Nº de participantes del pres-test.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	20/10/2018	Director de la institución.
B2.9	Realización del taller de desarrollo de capacidades de gestión optima del recurso humano.	Asistencia del 80% de autoridades de la Gerencia Central de EsSalud	Total: \$/. 550.00 Propio: \$/. 500.00 Externo: \$/. 50.00	N de participantes del taller.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	20/10/2018	Director de la institución.
B.2.10	Realización del taller de fortalecimiento de las capacidades resolutivas de las autoridades.	Asistencia del 80% de autoridades de la Gerencia Central de EsSalud.	Total: \$/. 550.00 Propio: \$/. 500.00 Externo: \$/. 50.00	Nº de participantes del taller.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	20/10/2018	Director de la institución.

B2.11	Aplicación del post-test a los participantes.	Aplicación del post-test al 100% de asistentes.	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	Nº de participantes del post-test.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	20/11/2018	Director de la institución.
B2.12	Evaluación final del programa de fortalecimiento de las capacidades resolutivas.	3 evaluaciones finales del Programa de fortalecimiento en 100%.	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	Nº de participantes de la evaluación. Nº de evaluaciones ejecutadas	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	25/11/2018	Director de la institución.
B.3	Taller sobre manejo de herramientas e instrumentos de mejora de la calidad de los servicios de salud.	50 participantes Producción de material de apoyo.	Total: \$/. 50.00 Propio: \$/. 40.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de participantes del taller.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	05/01/2018	Director de la institución.
B.3.1	Reunión con las principales autoridades para la aprobación programación y realización del presente taller.	10 Reuniones ejecutadas. 01 Aprobación de la ejecución del taller en un 100%.	Total: \$/. 50.00 Propio: \$/. 40.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de participantes en las reuniones con las principales autoridades.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	05/02/2018	Director de la institución.
B3.2	Solicitud a dirección para	01 Informe de solicitud	Total: \$/. 50.00	Nº de solicitudes presentadas.	Informe interno	Reportes	Una vez comple-		05/03/2018	Director de la

	aprobación del taller.	aprobado en 100%.	Propio: \$/. 40.00 Externo: \$/. 10.00			trimestrales y mensuales	la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños		institución.
B3.3	Inclusión taller sobre manejo de herramienta e instrumentos de mejora de la calidad de los servicios de salud dentro del plan anual del establecimiento.	01 Taller sobre manejo de herramientas e instrumentos de mejora de la calidad dentro del plan de capacitación anual.	Total: \$/. 100.00 Propio: \$/. 90.00 Externo: \$/. 10.00	Taller de cuidados dentro del plan de capacitación anual	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la autoridad.	Claudia Escalante Luzquiños	05/04/2018	Director de la institución.
B3.4	Coordinación con jefatura de enfermería dirección y unidad de capacitación.	10 Coordinaciones ejecutadas con jefatura de enfermería, dirección y unidad de capacitación.	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	Nº de participantes en la coordinación.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	06/04/2018	Director de la institución.
B3.5	Presentación del taller a la unidad de economía y capacitación para su aprobación y presupuestos.	01 Taller presentado a autoridades y presupuesto aprobado en un 100%.	Total: \$/. 50.00 Propio: \$/. 40.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de presentaciones ejecutadas.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	07/05/2018	Director de la institución.

B3.7	Convocatoria de reunión en los servicios de UCI	Participación del 80% del personal asistencial de las diferentes servicios de la institución	Total: \$/. 100.00 Propio: \$/. 90.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de participantes de los diferentes servicios	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	07/05/2018	Director de la institución.
B3.8	Asistencia puntual y obligatoria de los jefes de ambos servicios y el resto del personal a la capacitación	Puntualidad del 80% del personal asistencial de la institución.	Total: \$/. 100.00 Propio: \$/. 90.00 Externo: \$/. 10.00	% de puntualidad y asistencia	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	07/05/2018	Director de la institución.
B3.9	Aplicación del pre-test	Aplicación del pre-test al 100% de los asistentes.	Total: \$/. 500.00 Propio: \$/. 480.00 Externo: \$/. 20.00	Nº de participantes del pre-test	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	07/05/2018	Director de la institución.
B3.10	Realización del taller sobre técnicas y herramientas para la gestión de la calidad: Técnicas de calidad (lluvia de	Asistencia del 80% del personal asistencial de la institución al taller sobre técnicas y herramientas	Total: \$/. 500.00 Propio: \$/. 450.00 Externo: \$/. 50.00	Nº de participantes del taller	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	07/05/2018	Director de la institución.

	ideas y diagrama de afinidades). Herramientas de calidad (herramientas básicas, herramientas estadísticas y herramientas avanzadas).	para la gestión de la calidad.								
B3.11	Aplicación del pos- test del	Aplicación del post-test al 100% de asistentes	Total: \$/. 20.00 Propio: \$/. 15.00 Externo: \$/. 5.00	Nº de participantes del post-test	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	07/05/2018	Director de la institución.
B3.12	Entrega de resumen de principales técnicas y herramienta para gestión de la calidad	100% de entrega de resumen de principales técnicas y herramientas a los diferentes servicios de la institución.	Total: \$/. 100.00 Propio: \$/. 90.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de participantes	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	07/05/2018	Director de la institución.
C1	Adaptación de un ambiente específico del servicio de UCI	Ambiente adaptado del servicio de cirugía en un	Total: \$/. 510,650.00 Propio:	Nº de m2 de ambiente adaptado y ampliado para UCI	Resolución de ampliación del	Reporte de ampliación	Una vez completa la tarea.	Comité de gestión Jefe del	02/02/2018	Director de la institución.

	para creación del servicio de UCI para atención de la demanda del paciente crítico.	100% para UCIN	\$/ 510,450.00 Externo: \$/ 200.00		nuevo servicio de UCI	trimes-tral y mensual		servicio de cirugía.		
C1.1	Solicitud a dirección la creación del servicio de UCI	01 Informe de solicitud aprobada en un 100%	Total: \$/ 50.00 Propio: \$/ 40.00 Externo: \$/ 10.00	N° de solicitudes presentadas	Informe interno	Reporte de ampliación trimes-tral y mensua-l	Una vez comple-ta la tarea	Jefe del servicio de UCI y Cirugía.	02-02-2018	Director de la institu-ción.
C1.2	Elaboración del estudio de pro-inversión a nivel central para la creación del servicio de UCI en coordinación con el área de Ingeniería e infraestructura de la RAA.	01 Estudio de pro-inversión de ampliación del servicio UCI elaborado en un 100%	Total: \$/ 500.00 Propio: \$/ 480.00 Externo: \$/ 20.00	% de avance de estudio de pro inversión del servicio de UCI	Informe interno	Reporte de ampliación trimes-tral y mensua-l	Una vez comple-ta la tarea	Comité de Gestión	02-03-2019	Director de la institu-ción.
C1.3	Elaboración del estudio de factibilidad estructural para	01 Estudio de factibilidad estructural para ampliación de UCI	Total: \$/ 2,500.00 Propio:	% de avance de estudio de factibilidad estructural	Informe interno	Reporte de ampliación trimes-	Una vez comple-ta la tarea	Comité de Gestión	02-04-2018	Director de la institu-ción.

	creación de UCI	elaborado en un 100%	\$/. 2,490.00 Externo: \$/. 10.00			tral y mensual				
C1.4	Presentación del proyecto de creación del servicio de UCI a la gerencia central y presidencia ejecutiva para la aprobación y financiamiento.	10 Presentaciones a las autoridades de la Gerencia Central de EsSalud y Presidencia Ejecutiva.	Total: \$/. 50.00 Propio: \$/. 40.00 Externo: \$/. 10.00	N° de presentaciones ejecutadas	Informe interno	Reporte de ampliación trimestral y mensual	Una vez completa la tarea	Comité de Gestión	23-04-2018	Director de la institución.
		01 Proyecto de ampliación del servicio de UCIN aprobado por la Gerencia Central y Presidencia Ejecutiva.		N° de informe de proyecto aprobado	Informe interno	Reporte de ampliación trimestral y mensual	Una vez completa la tarea	Comité de Gestión	23-05-2018	Director de la institución.
		01 Financiamiento aprobado en un 100%.		% de financiamiento aprobado	Informe interno	Reporte de ampliación trimestral y mensual	Una vez completa la tarea	Comité de Gestión	23-05-2018	Director de la institución.

C1.5	Sustentación técnica de creación del servicio de UCI a la dirección dpto. de enfermería unidad de gestión de la calidad unidad de presupuesto y gerencia ejecutiva.	05 Sustento técnico de creación del servicio de UCI	Total: \$/. 2,500.00 Propio: \$/. 2,480.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de veces de sustentación técnica a autoridades de la gestión	Informe interno	Reporte de ampliación trimestral y mensual	Una vez completada la tarea	Comité de Gestión	23-05-2018	Director de la institución.
C1.6	Elaboración de sustento técnico para el requerimiento de personal profesional y técnico de enfermería para labor exclusiva en el servicio de UCI	10 Sustento técnico elaborado de requerimiento de personal profesional y técnico de enfermería 01 Listado de requerimiento de personal de enfermería aprobado en un 100% .05 enfermeras .05 técnicos en enfermería	Total: \$/. 2,500.00 Propio: \$/. 2,480.00 Externo: \$/. 20.00	Nº de sustento técnico de personal profesional y técnico de enfermería aprobado. Nº de requerimiento de personal profesional y técnico de enfermería aprobado.	Informe interno Informe de Presupuesto institucional.	Reportes financieros	Una vez completada la tarea.	Comité de Gestión	25/05/2018	Director de la institución.

C1.7	Solicitud a dirección y dpto. de enfermería la programación de turnos extras para cubrir las 24 horas, mientras se hace las gestiones de concurso publico de personal de enfermería especialista en cuidados intensivos y técnicos de enfermería.	Solicitud de programación de turnos de horas extras aprobado en un 100% . 150 horas para enfermeras . 150 horas para técnicos de enfermería.	Total: \$/. 50.00 Propio: \$/. 40.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de horas extras aprobadas por la institución para personal de enfermería.	Informe interno Comprobantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc.	Reporte financiero	Una vez completada la tarea.	Comité de Gestión	27/05/2018	Director de la institución.
C1.8	Ejecución de obras de construcción	Ejecución de obras de institución el 50% el primer año y el 100% al terminar el segundo año.	Total: \$/. 500,000.00 Propio: \$/. 500,00.00 Externo: -	Nº de m ² de ampliación de estructura física para servicio UCI % de avance de obras de construcción de ambiente adaptado y ampliado para UCI	Informe interno Comprobantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc).	Reporte financiero	Una vez completada la tarea.	Comité de Gestión.	26/05/2018	Director de la institución.

C1.9	Inauguración de UCI especializada	01 Inauguración ejecutada con participación de familiares personal asistencial y autoridades de la institución	Total: \$/. 50.00 Propio: \$/. 40.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de día de inauguración según calendario programado del nuevo servicio de UCI ampliada	Informe interno Calendario de ejecución de obras	Reporte financiero	Una vez completada la tarea.	Comité de Gestión.	26/05/2018	Director de la institución.
C2	Implementación y equipamiento del nuevo servicio de UCI especializada	25 Equipos y 150 materiales adjudicados por compra directa en un 100%	Total: \$/. 1000 600.00 Propio: \$/. 1000 480.00 Externo: \$/. 120.00	Nº de equipos y materiales adquiridos por compra directa.	Informe interno Comprobantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, etc).	Reportes trimestrales y mensuales. Reporte financiero.	Una vez completada la tarea.	Comité de Gestión	26/05/2018	Director de la institución.
		Adjudicación por traslado interno de 10 equipos y 100 materiales dentro de la institución en un 100%	Total: \$/. 250.00 Propio: \$/. 240.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de equipos y materiales adquiridos por traslado interno.	Informe interno de Traslado de equipos y materiales	Reportes trimestrales y mensuales. Reporte financiero.	Una vez completada la tarea.	Comité de Gestión	26/05/2018	Director de la institución.

C2.1	Solicitud a dirección y dpto. de enfermería la implementación de equipos y materiales para el nuevo servicio.	01 Informe de solicitud aprobada en un 100%	Total: \$/. 50.00 Propio: \$/. 40.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de solicitudes presentadas.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Comité de gestión	02/01/2018	Director de la institución.
C2.2	Contratación de recursos humanos (2 enfermeras y 1 técnico de enfermería)	01 Concurso público de personal asistencial de enfermería: . 05 enfermeras . 05 técnicos de enfermería	Total: \$/. 500,00.00 Propio: \$/. 500,00.00 Externo: -	Nº de personal de enfermería contratado por la institución. Nº de equipos y materiales elegidos.	Informe interno de Jefatura del personal	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la autoridad.	Comité de gestión	02/06/2018	Director de la institución.
C2.3	Elaboración del cuadro de requerimiento de equipos y materiales biomédicos para adquisición por compra directa y traslado interno de acuerdo a necesidades del servicio de UCI	02 Cuadros de requerimiento de equipos y materiales biomédicos elaborados en un 100% de acuerdo a necesidades del servicio de UCI	Total: \$/. 100.00 Propio: \$/. 90.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de cuadro de requerimiento de equipos y materiales biomédicos. Nº de código del pedido de equipos y materiales biomédicos para adquisición y traslado interno.	Informe interno	Reportes financieros	Una vez completa la tarea	Comité de Gestión	02/08/2018	Director de la institución.

		<p>Compra directa en un 100% de equipos y biomédicos según cuadro de necesidades: . 25 equipos . 150 materiales</p> <p>Traslado interno de equipos y materiales: . 10 equipos . 100 materiales</p>	<p>Total: \$/. 2,500.00 Propio: \$/. 2,400.00 Externo: \$/.100.00</p> <p>Total: \$/. 2,500.00 Propio: \$/. 2,400.00 Externo: \$/.100.00</p>	<p>N° de cotización y N° de peca de compra de equipos y materiales.</p> <p>N° de código de orden de traslado de equipos y materiales biomedicos.</p>	<p>Comprobantes de pago (factura, recibo por honorario, boletas, pecosas etc). Recursos de adquisición.</p>	<p>Reportes financiero</p>	<p>Una vez completa la tarea</p>			
C2.4	Recepción de equipos y materiales biomédicos.	N de Equipos y materiales recepcionados por Jefatura de servicio de UCI en un 100% según cuadro de necesidades.	<p>Total: \$/. 50.00 Propio: \$/. 40.00 Externo: \$/. 10.00</p>	N° de código del pedido, N de peca de equipos y materiales médicos recepcionados.	Recursos de adquisición	Reportes financieros	Una vez completa la tarea.	Comité de Gestión	02/12/2018	Director de la institución.
C3	Elaboración e implementación de la normatividad,	Elaboración e implementación con:	<p>Total: \$/. 1,240.00 Propio:</p>	N° de normativas legales, protocolos y guías de atención	Informe interno	Reportes trimestrales y	Una vez completa la tarea.	Comité de Gestión	02/01/2018	Director de la institución.

	protocolos y guías de atención de manejo del paciente crítico y procedimientos más comunes en UCI	10 normativas legales. 10 protocolos de atención del paciente crítico. 10 guías de atención del paciente crítico.	\$/. 1,140.00 Externo: \$/ 110.00	del paciente crítico elaborados. N° de normativos legales, protocolos y guías de atención de manejo de paciente crítico y procedimientos más comunes en UCIN aprobados y utilizados.		mensuales.				
C3.1	Reunión con el personal de enfermería para elaborar el cronograma de actividades y responsabilidades en la elaboración e implementación de protocolos, normativas y guía de atención de manejo de paciente crítico y procedimientos y más comunes en UCI	10 Reuniones ejecutadas en un 100% con personal asistencial. Elaboración y ejecución de cronograma de actividades y responsabilidades en un 100%	Total: \$/ 100.00 Propio: \$/ 90.00 Externo: \$/ 10.00	N° de reuniones ejecutadas % de cumplimiento de cronograma de autoridades y responsabilidades.	Informe interno Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea. Una vez completa la tarea	Claudia Escalante Luzquiños Claudia Escalante Luzquiños	02/02/2018 02/02/2018	Director de la institución. Director de la Institución

C3.2	Solicitud de asesoría de unidad de gestión de la calidad para elaboración implementación y aplicación de protocolos, guías de atención de manejo de paciente crítico y procedimiento más comunes en UCI	01 Informe de solicitud aprobada Apoyo en 100% de asesoría de unidad de gestión de la calidad.	Total: \$/. 200.00 Propio: \$/. 180.00 Externo: \$/. 20.00	Nº de solicitudes presentadas. Nº de asesorías de la unidad de atención de la calidad.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completada la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	02/01/2018	Director de la institución.
C3.3	Solicitud a dirección dpto. de enfermería la revisión y la aprobación.	01 Informe de solicitud aprobada Aprobación por autoridades del 100% de: 10normativas, 10protocolos de manejo del paciente crítico 20guías de atención de	Total: \$/. 200.00 Propio: \$/. 180.00 Externo: \$/. 20.00	Nº de solicitudes presentadas. Nº de solicitud aprobada Nº de normativas, protocolos y guías de atención elaborados y aprobados.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completada la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	22/04/2018	Director de la institución.

		paciente crítico y procedimientos en UCI elaborados								
C3.4	Reunión de trabajo mensuales para la revisión y correcciones de los protocolos guías de procedimiento.	10 reuniones mensuales programadas y ejecutadas en un 100% Levantamiento de observaciones y correcciones respectivas en un 100%.	Total: \$/. 250.00 Propio: \$/. 240.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de reuniones mensuales ejecutadas Nº de levantamiento de observaciones y correcciones.	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completada la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	22/05/2018	Director de la institución.
C3.5	Asignación de actividades y /o tareas a cada personal de enfermería para cumplir con la elaboración implementación y aplicación de protocolos y guías de procedimiento.	10 enfermeras con respectiva asignación de actividades y tareas 10 técnicos de enfermería con respectiva asignación de tareas	Total: \$/. 100.00 Propio: \$/. 90.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de enfermeras que cumplan con actividades asignadas Nº de técnicos de enfermería que cumplan con tareas asignadas	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completada la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	22/05/2018	Director de la institución.

				N° de normas legales, protocolos y guías de atención elaborados, implementados y aplicados.						
C3.6	Implementación del servicio de UCI con los documentos de gestión de calidad y normatividad.	01 Implementación del servicio de UCI con el 100% de documentos de gestión de calidad y normatividad.	Total: \$/. 100.00 Propio: \$/. 90.00 Externo: \$/. 10.00	N° de normas de gestión de calidad aprobados y utilizados por el servicio de UCI	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	22/08/2018	Director de la institución.
C3.7	Elaboración y aprobación del manual de organización y funciones (MOF) y el reglamento de organización y funciones (ROF)	01 manual de organización y funciones elaborado y aprobado en un 100% 01 reglamento de organización y funciones elaborado y aprobado en un 100%	Total: \$/. 50.00 Propio: \$/. 40.00 Externo: \$/. 10.00	N° de orden del MOF y el ROF aprobado. N° de levantamiento de observaciones N de correcciones % de aprobación del MOF y ROF	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completada la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	22/09/2018	Director de la institución.

C3.8	Aplicación de los protocolos y guías de atención de manejo de paciente crítico y procedimientos más comunes en UCI	Utilización del 80% de protocolos, guías de manejo de paciente crítico y procedimientos más comunes elaborados.	Total: \$/. 100.00 Propio: \$/. 90.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de utilidad del MOF , ROF en el servicio de UCIN	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	22/09/2018	Director de la institución.
C3.9	Coordinación con el dpto. de enfermería la impresión y anillado de protocolos, guías y normatividad.	02 impresiones y 02 anillados de protocolos, guías y normatividad.	Total: \$/. 100.00 Propio: \$/. 90.00 Externo: \$/. 10.00	Nº de impresiones Nº de anillados	Informe interno	Reportes trimestrales y mensuales	Una vez completa la tarea.	Claudia Escalante Luzquiños	22/09/2018	Director de la institución.

A. BENEFICIOS

Beneficios con proyecto

- Autoridades de la jefatura de servicio de UCI y Jefaturas de servicio Medico Quirugico comprometidos en la creacion del pabellon de cuidados especializados en el HNCASE.
- Sensibilización de las autoridades involucradas, a nivel del establecimiento, Gerente de Red y Gerencia central sobre la problematica del servicio.
- Adaptación de un ambiente contiguo a la unidad de Cuidados Intensivos para la Creacion del pabellon de Cuidados Intensivos especializado.
- Pabellón de Cuidados intensivos especializados para atencion centralizada de l paciente critico.
- Nuevo servicio dcuidados intensivos especializado implementado y equipado de acuerdo a los estandares e indicadores de calidad.
- Normas, protocolos y guías de atención y rocedimientos del paciente crítico de cuidados intensivos especializados debidamente elaborados e implementados

Beneficios sin proyecto

- Autoridades de la jefatura del servicio de UCI y Jefaturas de servicios medico quirurgicos no comprometidos en el proyecto de creacion del pabellon de cuidados intensivos especializado.
- Poco o ningun compromiso de sensibilización de las autoridades locales, regionales y del nivel central de los servicios involucrados y la problematica del servicio y establecimiento.

- Inexistencia de un ambiente específico en el servicio de la UCI para creación del pabellon de cuidados especializados.
- Unidad de Cuidados Intensivos insuficiente y desmenbrada para brindar atención al paciente critico.
- No existencia de un nuevo servicio de cuidados intensivos especializado implementado y equipado de acuerdo a los estandares e indicadores de calidad.
- • Normatividad, protocolos y guías de atención y procedimientos del paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos especializados no elaborados implementados

I. RECURSOS REQUERIDOS

a. RECURSOS HUMANOS

- La autora
- Asesora
- Equipo de gestion del establecimiento del nivel local
- Equipo de gestion del nivel central
- Unidad de Procesos de atención
- Unidad de Planificación OGYD
- Jefaturas de Servicio de UCI y Jefaturas Medicas Quirurgicas especializadas y
- Areas de Ingenieria Hospitalaria
- Jefe dela Division de Enfermería.

b. RECURSOS MATERIALES

BIENES

- Material de escritorio
- Libros
- Revistas
- Equipo de computadoras
- Televisor
- Proyector Multimedia
- Pizarra acrílica
- Mesas
- Sillas
- Trípticos
- Cd
- Papel
- Cámara fotográfica.

SERVICIOS

- Típeo e impresión por computadoras
- Fotocopias
- Internet
- Encuadernación
- Movilidad local.

- c. RECURSOS FINANCIEROS:** Financiado con partida presupuestal especial asignada por el nivel central.

d. PRESUPUESTO

CODIGO	DENOMINACION	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
1.1	SERVICIOS Contrato personal CAS Medico CAS Enfermera CAS Técnicos Empresa Constructora	10 30 10 01	4000.00 2500.00 1300.00 30 000.00	40 000.000 75 000.00 13 000.00 30 000.00 158 000.00
1.2.	EQUIPAMIENTO MATERIAL MEDICO			5 000.000 1 000.000
1.3.	BIENES DE CONSUMO Papel Bond A4 x 80 Gr Papel Bulky Plumones de pizarra Plumones gruesos Papel sábana Cartulina de colores Cartón dúplex Folder plastificado Lapiceros Lapices Cd's Corrector Borradores	2000 1000 04 04 50 50 30 06 50 50 50 2 4	18.00 25.00 3.50 2.50 0.50 0.50 2.50 4.00 0.50 1.00 1.00 10.00 1.50	36.00 25.00 14.00 10.00 25.00 25.00 70.00 24.00 25.00 50.00 50.00 20.00 6.00
1.4.	ADECUACION DE INFRAESTRUCTURA			700.000.00

1.5.	SERVICIOS DE CONSULTORIA			200.00
	Gastos de Transporte			400.00
	OTROS SERVICIOS A TERCEROS:			
	Impresión			
	Espiralado	200	0.50	100.00
	Fotocopiado	4	2.50	10.00
	Empastado	500	0.10	50.00
	Alquiler de equipo	6	20.00	120.00
	multimedia	10 horas	40.00	400.00
	Refrigerios			
		150	3.00	450.00
	CONSOLIDADO			
1.1	Servicios			158.000
1.2	Bienes.			
	Equipamiento			5 000.000
	Material Medico			1 000.000
1.3	Bienes de consumo			380.00
1.4	Infraestructura			700.00
	TOTAL			6 860,360

No	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA				INDICADOR
					2017		2018		
			DESCRIP CION	COSTOS	I	II	I	II	
1	Elaboración del Proyecto: Creacion del pabellon de Cuidados intensivos especializados del HNCASE para la atencion centralizada del paciente critico.	01	Informe	500	X				Proyecto elaborado
2	Presentación del Proyecto a la Gerencia Ejecutiva Central de EsSalud	01	Informe	50		X			Proyecto presentado
3	Coordinación de Enfermería con la Oficina de planificacion y presupuesto OGYD, Capacitación,ingenieria. Planeamiento y Economía y Finanzas	01	Informe	100		X			Coordinación realizada
4	Elaboración de Indicadores de Gestión	01	Indicadores de gestión	200			X		Indicadores de Gestión Elaborado
5	Ejecución del Proyecto de Intervención	01	Informe	250				X	Proyecto ejecutado
6	Evaluación del Proyecto de Intervención	01	Informe	50				X	Proyecto evaluado
7	Presentación del Informe Final	01	Informe	250				X	Proyecto presentado

A3	Pasantía de gestión del personal, del servicio de UCI y jefes de servicios medico de las áreas medico quirúrgicas para reconocer experiencias en otros servicios semejantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Trámite administrativo a la Gerencia hospitalaria y División de Enfermería y unidad de capacitación para la aprobación de proyecto de pasantía. • Coordinación de pasantía del personal con Hospital Edgardo Rebagliati Martins. 	<ul style="list-style-type: none"> • Libro de actas • Hoja de asignación 				X			
----	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--

OBJETIVO ESPECÍFICO: Mejora de la sensibilización de las autoridades y funcionarios del nivel local sobre la problemática del paciente crítico.

N°	ACTIVIDADES	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2017-2018								
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	2017		2018						
					III	IV	I	II	III	IV			
B1	Taller de Sensibilización sobre la problemática del Servicio y propuesta de solución	<ul style="list-style-type: none"> Incluir el taller de sensibilización sobre problemática del establecimiento en el manejo del paciente crítico dentro del plan de capacitación anual del establecimiento Elaboración e implementación del taller de sensibilización Solicitud a gerencia para aprobación de la ejecución del taller Coordinación con división de enfermería y unidad de capacitación Presentación del taller de sensibilización a la unidad de economía y capacitación para su aprobación y presupuesto 	<ul style="list-style-type: none"> Plan anual de capacitación Informe de taller elaborado Solicitud Acta de compromiso y acuerdos Informe de asistencia 	500.000	x								
						x		x					
									x				
										x			
												x	

	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con jefatura de enfermería, dirección y unidad de capacitación • Presentación del programa de fortalecimiento a unidad de presupuesto para su aprobación • Citación de reunión con los jefes de servicio de UCI y jefes de servicio de las especialidades médicas y las especialidades quirúrgicas • Asistencia obligatoria de los servicios a la capacitación • Aplicación de pre - test a los participantes • Realización del taller de desarrollo de Capacidad de gestión óptima del recurso humano. • Realización del taller de fortalecimiento de las capacidades resolutorias de las autoridades. • Aplicación del post-test a los participantes • Evaluación final del programa de fortalecimiento de las capacidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Libro de Actas • Informe • Citación • Hoja de asistencia • Pre-test • Informe del taller • Informe del taller • Post-test • Evaluación final 	X	X								
			X	X								
				X								
				X								
				X	X	X						
				x	x	X	X					
					x	x	X					

B3	<ul style="list-style-type: none"> Taller sobre manejo de herramientas e instrumentos de mejora de la calidad de los servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Reunión con los entes responsable programación y realización del presente taller. Solicitud a dirección y establecimiento para aprobación del taller Incorporación del taller sobre manejo de herramientas e instrumentos de mejora de la calidad de los servicios de salud dentro del plan de capacitación anual del establecimiento Coordinación con división de jefatura de enfermería, dirección y unidad de capacitación Presentación del taller a la unidad de presupuesto Convocatoria de reunió la secretaria de departamentos médicos involucrados Asistencia puntual y obligatoria de los jefes de ambos servicios y el resto del personal a la capacitación Aplicación del Pre- Test Realización del taller sobre técnicas y herramientas para la gestión de la calidad: Técnicas de calidad (lluvia de ideas y diagrama de afinidades) Herramientas de calidad (herramientas básicas, herramientas estadísticas y herramientas avanzadas) 	<ul style="list-style-type: none"> Libro de compromisos y acuerdos Solicitud Plan de capacitación Anual Libro de actas Informe Citación Hoja de asistencia Pre-test Informe de taller 	1200	X	X	X	X		
----	---	---	--	------	---	---	---	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del Post- Test • Entrega de resumen de principales técnicas y herramientas para gestión de la calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Post-test • Hoja de resumen 					X			
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

N°	ACTIVIDADES	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2017-2018						
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	2017		2018				
					III	IV	I	II	III	IV	
C1	Creacion de la unidad de cuidados intensivos para convertirlo en un pabellon de cuidados intensivos especializados para la atencion del paciente critico	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud a Gerencia local sobre la ampliación de UCI para crear el pabellon de cuidados intensivos especializados • Elaboración del estudio de pre factibilidad para la creacion de l pabellon de cuidados especializados en coordinacion con el area de Ingenieria de la Red 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud • Acta de compromiso y acuerdos 	\$510650.000	X						

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El Proyecto de Intervención “Creacion del pabellon de cuidados intensivos especializados del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo” estará a cargo de la autora en coordinación con el cliente interno y los resultados del producto con la Gerencia Hospitalaria, Administración, Ingeniería Division Division de Enfermería, Oficina de la OGYD, que participaran en las actividades del Proyecto

XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

Se establecerá coordinaciones con la Gerencia Hospitalaria del CASE, Division de Enfermería y la Direccion de Escuela de Enfermería de la Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Herrera C, Rojano JE. Oferta y demanda de camas en unidades de cuidado intensivo para adulto. Una revisión sistemática de literatura. Pontificia Universidad Javeriana. [tesis en internet]. Bogotá. 2013. [citada 2017 Nov 17]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/12054/HerreraErazoCaridad2013.pdf?sequence=1>
2. Herrera AM, García AF. 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. [serie en internet]. 2014 [citada 2017 Nov 30]. Disponible en: <https://laureanoquintero.files.wordpress.com/2014/02/criterios-deadmisic3b3n-y-alta-para-la-unidad-de-cuidados-intensivos-uci.pdf>
3. Gottberg E, Fuentemayor A, Mazzei C, Salgar N, Acosta L. Demanda Asistencial Insatisfecha en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario de los Andes. Informe Médico 2014 [citado 2017 Dic 13]; 16(3): 115-119. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_im/article/view/7780/7700.
4. Augier R, Hambleton I, Harding H. Triage decisions and outcome among the critically ill at the University of West Indies. West Indian Med J. 2005 [citado 2017 Dic 13]; 54:181-186. Disponible en: <https://www.mona.uwi.edu/fms/wimj/article/262>
5. Lenemar. Análisis De Demanda Y Oferta: Sustento Técnico Para Ampliación Y Mejoramiento Del Servicio De Cirugía Plástica Y Quemados Hospital Nacional

- Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud 2007-2011. [Tesis en internet]. Lima 2013.
- [Citada 2017 Nov 17). Disponible en:
http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/kaelin2013/LENEMAR_PKAELI_N_2013.pdf
6. Gerencia Central de Planeamiento y desarrollo. EsSalud: Análisis Ejecutivo a Nivel nacional 2015. [tesis en internet]. Lima 2016. [citada 2017 Nov 17). Disponible en:
http://www.essalud.gob.pe/downloads/analisis_ejec_n_nacional_2015.pdf
7. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Pública. 1992 [citado 2017 Dic 13]; 34: 36-49. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10634105.pdf>
8. Hermosa MA. Análisis de la Demanda en relación con la Oferta de los servicios Pediátricos en un Hospital de alta complejidad de la seguridad social (EsSalud). Escuela de Posgrado de la UNMSM. Perú. [tesis en internet]. Lima 2006. [citada 2017 Nov 17). Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/2923>
9. Bitrán, R. Estimación del balance Oferta-Demanda de Servicios de Salud y Prioridades de Inversión Pública en Salud”. MINSA – Informe Final de Consultoría. Lima. 1999.
10. Mejía DD, Rivera OS. Nivel de satisfacción sobre el cuidado enfermero de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2016. [tesis en internet]. Chiclayo 2016. [citada 2017 Nov 17). Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/xmlui/handle/uss/128>

11. Sánchez V. Calidad de Atención y Satisfacción del Usuario, en atención de parto del servicio de hospitalización de obstetricia del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, mayo y junio 2016. [tesis en internet]. Iquitos 2016. [citada 2017 Nov 17). Disponible en: <http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/52743/1/CS-TITS%C3%81NCHEZ-Calidad%20de%20atenci%C3%B3n.pdf>
12. Palacios ME. Mejorando la satisfacción del usuario del servicio de emergencia del Hospital III EsSalud Chimbote. [tesis en internet]. Chimbote 2015. [citada 2017 Nov 17). Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/>
13. Massip C, Ortiz RM, Llantá MC, Peña M, Infante Id. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 Dic [citado 2017 Dic 16]; 34(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662008000400013&lng=es.
14. Vigo I, Morón C, Carvajal R. Encuesta de satisfacción de usuarios externos de servicios de salud. [Internet]. 2002 Dic [citado 2017 Dic 16]: Disponible en: www.minsa.gob.pe/dgsp/.../decs/07%20%20Encuesta%20Usuarios%20Externos.pdf
15. Esan.edu.pe, Los diferentes conceptos de calidad en salud [sede Web]. Lima: Esan.edu.pe; 2016 [actualizada el 11 de mayo de 2016; acceso 12 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.esan.edu.pe>.
16. Ross AG, Zeballos JL, Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. [Internet]. 2000 [citado 2017 Dic 16]: Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3007.pdf>.

17. Gerencia Central de Aseguramiento. EsSalud: Sistema de Gestión de la Calidad. 2012. [monografía en internet]. Lima 2013. [citada 2017 Nov 17). Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/noticias/sist_de_gest_de_la_calidad.pdf
18. Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención. Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud – EsSalud 2016. [monografía en internet]. Lima 2016. [citada 2017 Nov 17). Disponible en: <http://ww3.essalud.gob.pe:8082/observatorio/resources/uploaded/files/PlanGestionCalidad-2016.pdf>
19. Essalud.gob.pe. EsSalud: Semana de la Calidad en Servicios de Salud 2016 [sede Web]. Lima: Essalud.gob.pe; 2016 [actualizada el 15 de julio de 2016; acceso 12 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.essalud.gob.pe>.
20. Cetrángolo O, Bertranou F, Casanova L, Casalí P. El Sistema de Salud del Perú: Situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva 2013. [monografía en internet]. Lima 2013. [citada 2017 Nov 17). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2401.pdf>
21. Capítulo II de los Derechos Sociales y Económicos. Constitución Política del Perú: Fondo Editorial; 1993. 9ª ed. Lima: Palestra; 2007. p.83-90.
22. Congreso de la Republica. Ley General de Salud - Ley N° 26842. Lima 1997. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/pubs/ActoMedico/0h.htm>
23. Congreso de la Republica. Ley de modernización de la Seguridad Social - Ley N° 26790. Lima 1997. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/ley26790.pdf>
24. División de Inteligencia Sanitaria. Indicadores de UCI – Hospital III Chimbote 2017. EsSalud. Red Asistencial Ancash. Estadística HIII Chimbote. 2017.

25. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Norma para las Prestaciones Asistenciales en los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios del Seguro Social e Salud –EsSalud. Lima; 2016.
26. Borin M. Desequilibrio entre la Oferta y Demanda de camas de Cuidados Intensivos en el Hospital Universitario de Maracaibo. Universidad de Zulia. Venezuela. [tesis en internet]. Maracaibo 2008. [citada 2017 Nov 17]. Disponible en: http://tesis.luz.edu.ve/tde_arquivos/161/TDE-2012-02-27T10:40:59Z-2459/Publico/borin_bertuzzi_mario.pdf
27. Giordano M, Moraes L, Iturralde A, Cancela M. Demanda de camas en medicina intensiva. Proceso de ingreso al centro de tratamientos intensivos del Hospital de Clínicas durante un mes. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2007 Mar [citado 2017 Dic 27];23(1): 40-49. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902007000100006&lng=es
28. Otero A, López D. (2016) Estudio de la suficiencia de camas en la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Universitario del Caribe de Cartagena de Indias. Universidad de Cartagena. Colombia. [tesis en internet]. Cartagena 2016. [citada 2017 Nov 17]. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/5099/1/ESTUDIO%20DE%20LA%20SUFICIENCIA%20DE%20CAMAS%2008%20de%20julio%202016.pdf>
29. Castaño L, Vellojin I. (2015). Análisis del Comportamiento de la Oferta y la Demanda de camas en la UCI Adulto de la ESE Hospital Universitario del Caribe de Cartagena. Universidad de Cartagena. [tesis en internet]. Cartagena 2015.

- [citada 2017 Nov 17). Disponible en:
<http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/5111/Tesis20Cohorte20XXII.pdf>
30. Callan CR. Mejorando la Dotación de Material Médico para la Atención del Cliente Externo que acude al Servicio de Emergencia del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta –EsSalud – Trujillo- 2016. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [tesis en internet]. Trujillo 2016. [citada 2017 Nov 17). Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/1553>
31. Aldave M. (2015). Implementación y Mejoramiento de Medidas de Salud y Seguridad en el trabajo del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [tesis en internet]. Chimbote 2015. [citada 2017 Nov 17). Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe>.
32. Aquino R. Teoría de la oferta y la Demanda. [sede Web]. 31 de enero de 2018; acceso 12 de diciembre de 2017. Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/teoria-de-laoferta-y-la-demanda>.
33. Sanabria C. La Demanda por Servicios de Salud una Aproximación Teórica. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNMSM [citado 2017 Dic 13]; Año VII (21): 151-170. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/21/a11.pdf>
34. García A, Ramos I. El balance entre la oferta y la demanda en salud. El caso de los servicios de rehabilitación integral en La Habana, Cuba. 2009-2010. Escuela Nacional de Salud Pública. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1211/infid061211.htm>

35. MINSA. Norma Técnica de Salud Categorías De Establecimientos Del Sector Salud. V.02. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/servicios/PNCEV02.pdf>
36. Ruales J. Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2004 [citado 2017 Dic 13]; 22(99). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12021904.pdf>
37. Luna FE, Morales BE. Criterios Mínimos para la Evaluación de Proyectos de Inversión en el Sector Salud. [monografía en internet]. Lima 2010. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/11Proyectos/marco/DocTrabajo/CriteriosEvalparaProyInvSectorSalud.pdf>
38. Madueño M, Sanabria C. Estudio de oferta de los servicios de salud en el Perú y el análisis de brechas 2003-2020. [monografía en internet]. Maryland 2003. [citada 2017 Nov 08]. Disponible en: http://www.phrplus.org/Pubs/Tech026s_fin.pdf
39. Vargas RA. Capacitación a Talento Humano en Salud. 2. Universidad Alas Peruanas. 2009. Disponible en: <https://es.slideshare.net/consultoriauniversidad/capacitacionen-recursos-humanos-en-salud>
40. Ucha F. Definición de Capacitación. [sede Web]. Definicionabc.com; 2009 [actualizada el 10 de mayo de 2009; acceso 12 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/general/capacitacion.php>
41. Sanatorio Allende Nueva Cordova. Programa de Capacitación en Servicio Departamento de Enfermería. [monografía en internet]. Nueva Cordova y Cerro 2009.[citada 2017 Nov 08]. Disponible en: <http://www.sanatorioallende.com/FILES/Archivos/docs/Programa%20enf,.pdf>

42. Enciclopediasalud.com. Definición de Sensibilización [sede Web]:
www.enciclopediasalud.com; 2016 [actualizada el 16 de febrero de 2016; acceso
12 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.enciclopediasalud.com/>
43. Andaluciasolidaria.org. Herramientas y propuestas de sensibilización y
comunicación para el fortalecimiento de la Andalucía Solidaria [sede Web]:
www.andaluciasolidaria.org; 2014 [actualizada el 05 de enero de 2014; acceso 12
de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.andaluciasolidaria.org>
44. Franco MA. Desarrollo Organizacional y talleres de sensibilización. [monografía
en internet]. Bilbao 2003. [citada 2017 Nov 08]. Disponible en:
<https://www.gestiopolis.com/desarrollo-organizacional-es-desarrollo-humano/>
45. Dirección General de Salud de las Personas: MINSA. Estándares de Calidad para
el Primer Nivel de Atención en Salud. [monografía en internet]. Lima 2012.
[citada 2017 Nov 17). Disponible en:
[http://www.diresacusco.gob.pe/administracion/serums/Plan%20Mejora%20Web
/Estandar1erNivel2003.pdf](http://www.diresacusco.gob.pe/administracion/serums/Plan%20Mejora%20Web/Estandar1erNivel2003.pdf)

ANEXO

ANEXO 1: PROBLEMATIZACIÓN

1.1. PROBLEMAS:

1. Manejo inapropiado del paciente crítico en el Hospital Nacional CASE
2. Aumento de las complicaciones intrahospitalarias y estancias prolongadas.
3. Inadecuada capacidad resolutive del HNCASE
4. Insatisfacción de los familiares del paciente crítico y judicialización de casos clínicos.
5. Demora en la atención del Paciente crítico.

1.2. DELIMITACIÓN DE LOS PROBLEMAS EN OFERTA Y DEMANDA:

DEMANDA

- Manejo inapropiado del paciente crítico en el Hospital Nacional CASE
- Aumento de las complicaciones intrahospitalarias y estancias prolongadas.
- Inadecuada capacidad resolutive del HNCASE
- Insatisfacción de los familiares del paciente crítico y judicialización de casos clínicos
- Demora en la atención del paciente crítico.

OFERTA

- Inadecuado manejo del paciente crítico.
- Insuficiente capacidad de respuesta de UCI – UCIN para manejo de pacientes críticos.
- Insuficiente recurso humano en todos los grupos ocupacionales
- Falta de actualización de protocolos y guías de manejo clínico.

1.3. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA PRINCIPAL O NECESIDAD:

PASO 1: PLANTEAR EL PROBLEMA:

El Hospital CASE, no tiene poblacion adscrita por ser de Referencia toda la poblacion atendida pertenece a las regiones de Arequipa, Puno, Tacna, Moquegua, Ilo, atendiendo casos complejos y críticos que requieren atención especializada y altamente especializada.

Que en contraprestación a las necesidades de su demanda, se encuentra con una capacidad de respuesta inadecuada e insuficiente, con una UCI adulto de 6 camas y una UCIN de 5 camas, con Unidades de Cuidados Críticos en los diferentes servicios como Emergencia 6 camas, Unidad Coronaria 4 camas, Neurocirugía 2 camas, que funcionan como UCI pero no están reconocidos como tal, y pacientes críticos atendidos de manera aislada en servicios generales como Medicina, Cirugía, y otros servicios como son Salas de Observación de Emergencia, Uro Nefrología, Traumatología y Neurología.

Dichos pacientes son atendidos con el recurso humano del servicio, tanto personal médico como personal de enfermería, manejados como grado de dependencia III, con ratios de atención de enfermería 1/15, llegando a tener hasta 9 pacientes ventilados por 1 sola enfermera en las salas de observación de emergencia y con personal médico en un solo turno en las áreas de hospitalización.

PASO 2: DETERMINAR SI EL PROBLEMA ENCONTRADO GUARDA RELACION CON LOS LINEAMIENTOS DE LA INSTITUCIÓN CON LA QUE SE PIENSA TRABAJAR.

Dentro de los lineamientos estratégicos de ESSALUD se debe ampliar la cobertura de

atención de la población asegurada de todo el país y mejorar la atención de los pacientes en condiciones críticas, esto debido a que la demanda se ha incrementado en porcentajes muy altos y no así la oferta, manteniéndose con la misma infraestructura, equipamiento y recurso humano, pudiendo haber crecido en porcentajes nada equivalentes al incremento de la demanda.

PASÓ 3: LLEVAR A CABO UN DIAGNÓSTICO:

El Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo no tiene población adscrita, es un hospital de referencia, atiende poblaciones de Arequipa, Puno, Moquegua, Tacna, Ilo llegando a cobertura cerca de 900,000.00 asegurados.

Cuenta con un establecimiento vertical de 7 pisos y un pabellón horizontal donde se encuentran las áreas básicas, tiene 480 camas, cuenta con unidades de trasplante de Riñón y trasplante de Medula Ósea. Tiene servicios altamente especializados y una Unidad de Cuidados Intensivos con 6 camas y UCIN con 5 camas.

La población asegurada que ha presentado alguna enfermedad en los 3 meses asegurada que ha presentado alguna enfermedad en los últimos 3 meses representada el 12,8 %, de los cuales el 53% está representado por el género femenino, se puede establecer que 47 de cada 100 asegurados con este tipo de anomalías en la salud son hombres. El pensionista representa el 47.1 % como titular y un 52% ocupa los derechohabientes. El asegurado según sexo es mayoritariamente femenino es un 64.45% y masculino en un 34.49 %.

Según los datos de SUSALUD, actualmente el Seguro Integral de Salud (SIS) es la entidad que tiene el mayor número de afiliados. Son 16'491,856 personales que pueden

Atenderse en los 8,062 establecimientos del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales. Le sigue en la lista ESSALUD con 9'524,057 afiliados, pero lamentablemente esta entidad solo cuenta con 380 establecimientos en todo el país. ESSALUD solo tiene el 1% de los establecimientos de salud del país, pero atiende a casi la tercera parte de la población y justamente por ello es una de las instituciones más aquejadas. La situación de salud es crítica, todos los días se vulneran derechos, no hay camas hospitalarias, no hay medicamentos, no hay infraestructura ni equipamiento Suficientes.

PASO 4: IDENTIFICAR LA POBLACIÓN AFECTADA O BENEFICIARIA CORRESPONDIENTE A LA ZONA O ÁREA GEOGRÁFICA EJECUTADA POR EL PROBLEMA.

La población afectada, es la población referida de los Establecimientos de Arequipa, Red Tacna, Red Moquegua, Red Ilo, Red Puno y Red Juliaca. Alcanzando a casi 9000,000.00 asegurados.

La población beneficiaria sería toda la población a ser referida de los establecimientos de Arequipa, de la Red Tacna, Red Moquegua, Red Ilo, Red Puno y Red Juliaca

PASO 5: INCORPORAR EL ENFOQUE DE GÉNERO

En ESSALUD y considerando al paciente crítico como sujeto de estudio en este proyecto, no se incluye el enfoque de género, ni a los titulares ni a los derechos habientes.

PASO 6: DEFINIR LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA EN EL ÁREA GEOGRÁFICA IDENTIFICADA.

Existe un 40 % de pacientes en estado crítico que no recibe la atención especializada en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Se observa un incremento del 30% de complicaciones intrahospitalarios, como infecciones nosocomiales, sepsis y complicaciones médico quirúrgicas y una estancia prolongada en estos pacientes.

PASO 7: DEFINIR LAS POSIBILIDADES Y LIMITACIONES (sociales y políticas) DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA.

Las limitaciones están relacionadas con la falta de compromiso de las autoridades de turno por resolver problemas relacionados al paciente crítico.

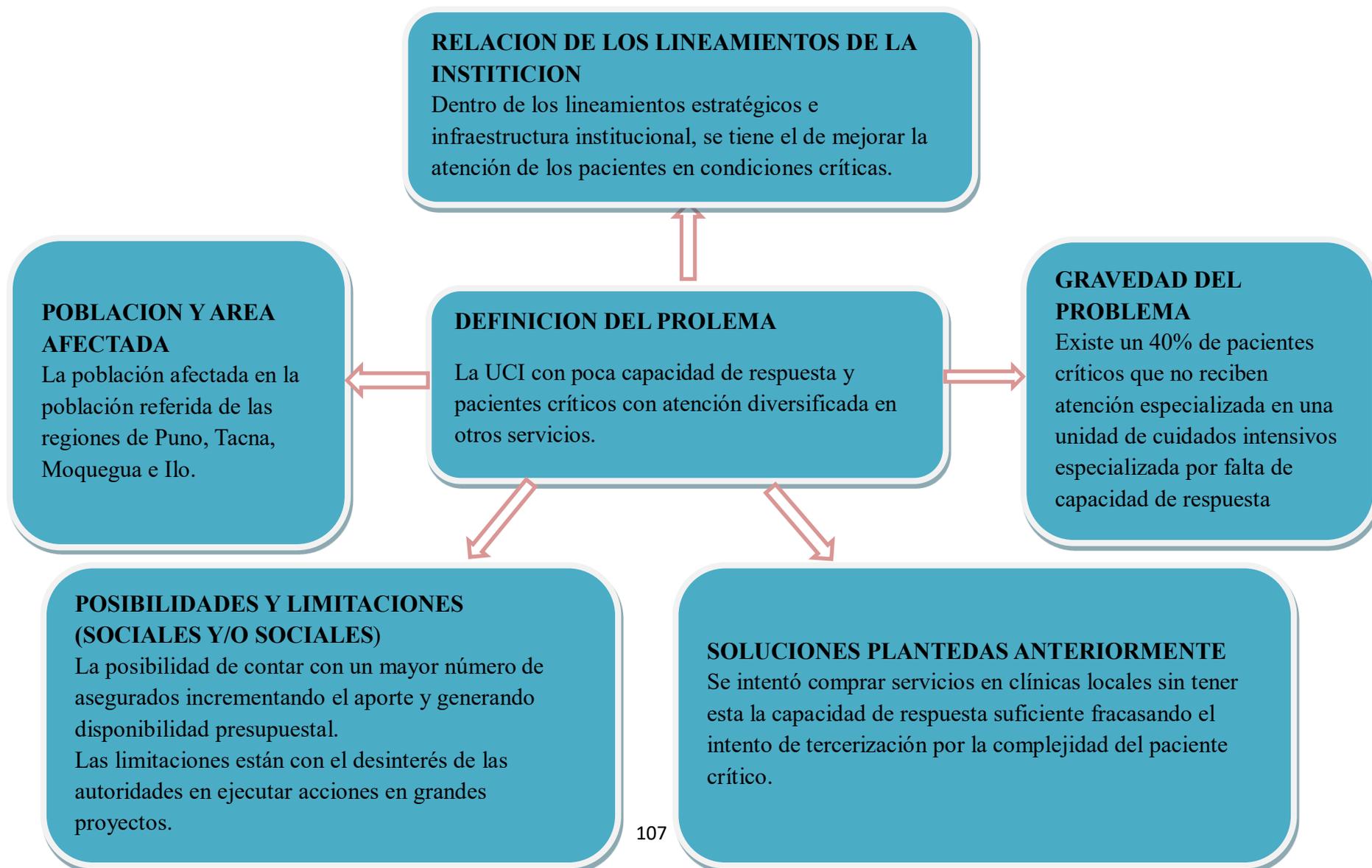
También se puede observar el poco conocimiento de las Jefaturas responsables para elaborar proyectos de creación de servicios grandes.

Pero existe posibilidades de mejorar esta situación porque se cuenta con un mayor número de asegurados que incrementan el aporte y generan disponibilidad presupuestal, otra posibilidad para hacer posible este proyecto es la disponibilidad de área física contigua a la UCI actual.

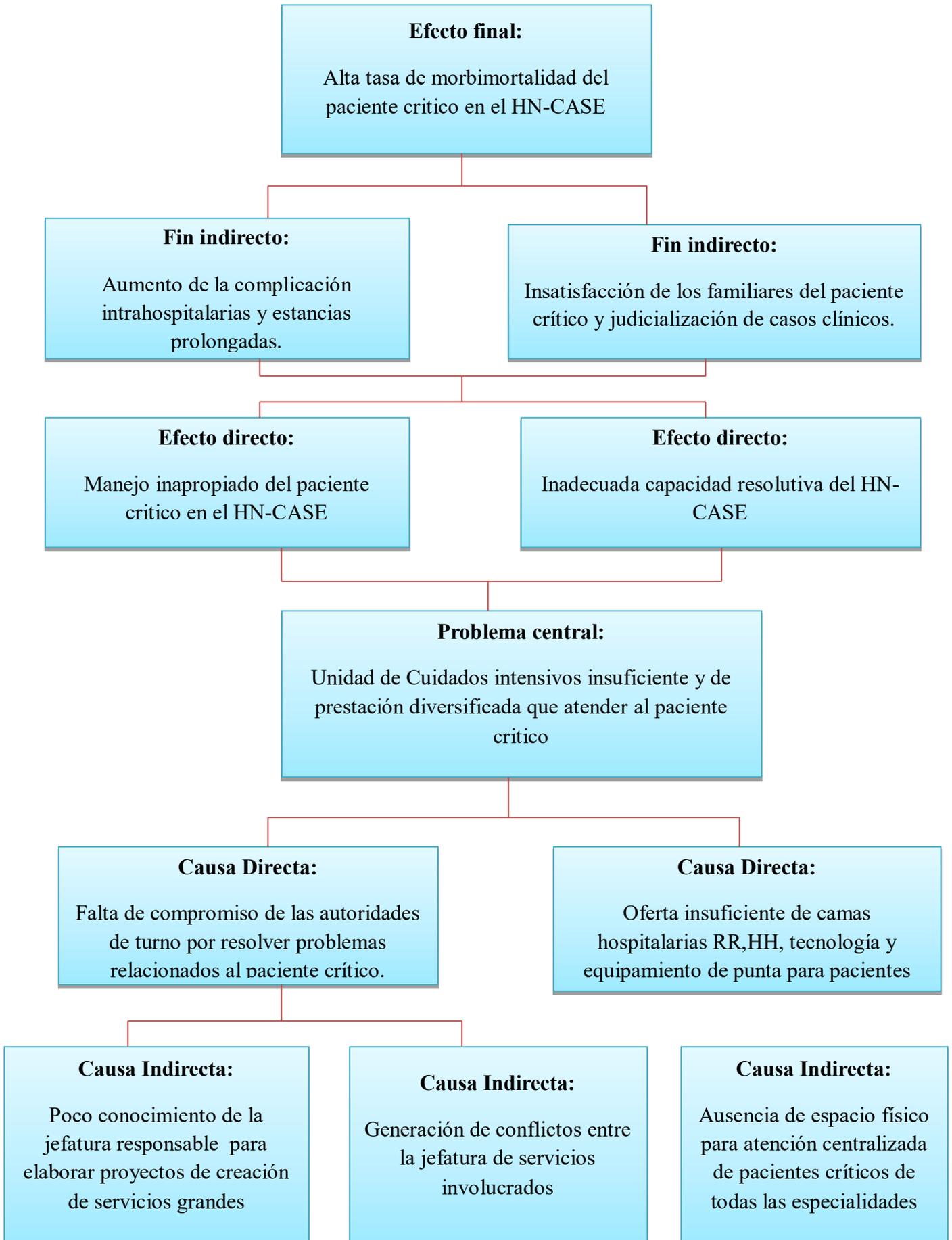
PASO 8: SEÑALE SI HA EXISTIDO ALGUN INTENTO DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA ANTERIORMENTE.

Se intentó comprar servicios en clínicas locales sin tener estos establecimientos la capacidad de respuesta suficiente fracasando el intento de tercerización por la complejidad del paciente crítico.

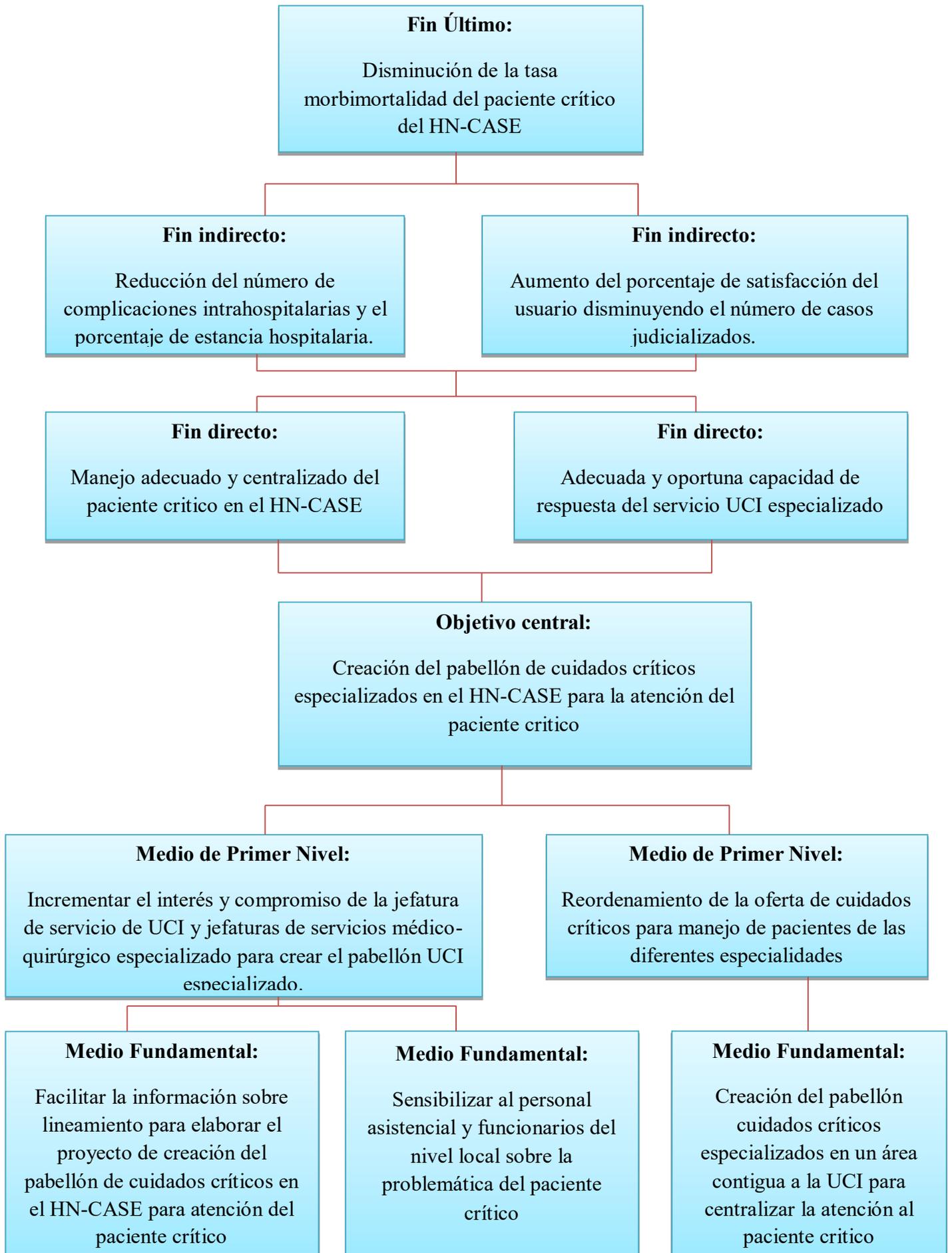
PASO 9: REVISION DEL PROBLEMA PLANTEADO Y DEFINICION FINAL DEL PROBLEMA



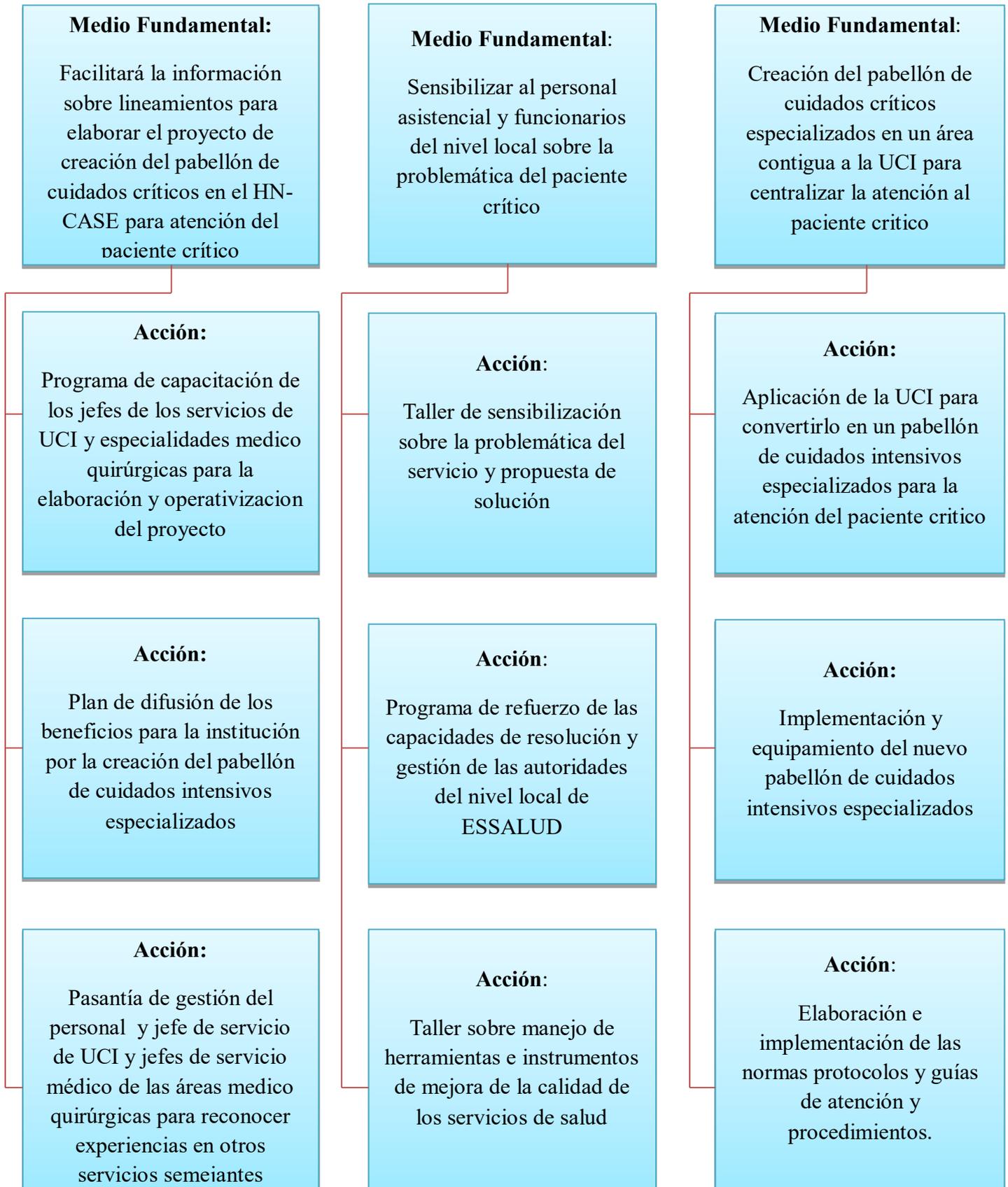
ANEXO 2: ARBOL DE CAUSA Y EFECTOS



ARBOL DE FINES Y MEDIOS



ARBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES PROPUESTAS



ANEXO 3. MATRIZ DE MARCO LÓGICO

Correspondencia					
1	Objetivo General	Meta	Indicadores	Fuentes de Verificación	Supuestos
Fin	Disminución de la tasa de morbimortalidad del paciente crítico del Hospital Nacional CASE.				
Propósito	Creación del pabellón de cuidados críticos especializados en el HNCASE para atención del paciente crítico.	<ul style="list-style-type: none"> • Creación del pabellón de cuidados críticos especializados en el HNCASE en un 50% el primer año y un conclusión el segundo año • Incremento de la atención especializada del paciente crítico en un 80% • Disminución de La demanda insatisfecha en un 80% 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de pabellón de cuidados críticos especializado. • N^a pacientes Atendidos de manera centralizada en la UCI Especializada en El primer año • Porcentaje de disminución de la demanda insatisfecha en un 80% 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución de Creación de pabellón de cuidados intensivos especializados • Datos estadísticos de la Gerencia de Control de EsSalud sobre control de calidad • Estadística 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de calidad, eficiente

		<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la morbilidad del paciente crítico en 50% • Disminución de la mortalidad del paciente crítico a < 5% 	<ul style="list-style-type: none"> • % de Disminución de la morbilidad del paciente crítico • % de disminución de la mortalidad del paciente crítico 	<ul style="list-style-type: none"> • Estadística • Estadística 	
Componentes	Incrementar el interés de la jefatura del servicio de UCI y jefaturas de servicios médicos quirúrgicos especializados para crear el pabellón UCI especializado	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración, implementación y aplicación del plan de capacitaciones y participación del 100% de las autoridades de la Gerencia Central y personal asistencial de los servicios involucrados 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de capacitaciones programadas • N° de capacitaciones ejecutadas • N° de participantes de las autoridades del nivel local 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de capacitación • Informe de capacitación • Registro de asistentes a las capacitaciones 	El Hospital Nacional CASE cuenta con plan anual de capacitación y Comité de capacitación.

			<ul style="list-style-type: none"> • N° de participantes del personal asistencial 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistentes a las capacitaciones 	
	<ul style="list-style-type: none"> • 2. Elaboracion, implementacion y aplicacion del plan de sensibilizacion con la participacion del 100% de las autoridades de la Gerencia de Red y personal asistencial del servicio de UCI y especialidades medico quirurgicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración, implementación y aplicación del plan de sensibilización con la participación del 100% de las autoridades de la Gerencia de Red y personal asistencial del servicio de UCI y especialidades medico quirurgicas al 100% • Personal Asistencial y funcionarios sensibilizados sobre la problemática de demanda del paciente crítico al 100% % 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de capacitaciones programadas • N° de capacitaciones ejecutadas • N° de autoridades y personal asistencial que participaron de las capacitaciones • N° de autoridades de la Gerencia Central y personal asistencial sensibilizados sobre la problemática de demanda del paciente crítico 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de sensibilización • Informe de capacitaciones • Registro de asistencia a las capacitaciones • Acta de reuniones y acta de compromiso 	<p>El Hospital Nacional CASE cuenta con plan anual de capacitacion y Comite de capacitacion.</p>

	3. Creacion del pabellon de cuidados criticos especializados en el HNCASE para atencion del paciente critico.	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura construida y equipada en un 50% el primer año y 100% al termino del segundo año con personal de salud calificado 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de camas ocupadas con pacientes críticos • N° de atenciones ejecutadas • N° de interconsultas recibidas • % de satisfacción de familiares sobre atención recibida 	<ul style="list-style-type: none"> • Inauguración del Pabellon de cuidad criticos especializados • Estadística • Estadística • Encuesta de satisfacción del cliente externo 	Presupuesto de la Gerencia Central aprobado para “Creacion del pabellon de cuidados criticos especializados en el HNCASE para atencion del paciente critico”
Acciones	A1. Programa de Capacitación de los jefes de la UCI y especialiades medico quirurgicas para elaboracion y operativizacion del proyecto n de intervencion.	<ul style="list-style-type: none"> • Los jefes del servicio de UCI y jefaturas de servicio medico y quirurgico elaborara el proyecto de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de capacitaciones programadas • N° de sesiones recibidas sobre elaboración y operativización del proyecto de intervención. • N° de funcionarios participantes • N° de proyecto de intervención terminado 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de capacitación • Informe de capacitaciones concluidas • Registro de asistencia a las capacitaciones • Informe de proyecto de intervención 	<p>Programa de capacitación se ejecuta de acuerdo a la programación sin dificultades o limitaciones</p> <p>La oficina de Capacitacion y el Comite de capacitacion asumira en programa de capacitación.</p>

	A.2. Plan de difusión de los beneficios por la creación del pabellón de cuidados intensivos especializados.	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de difusión ejecutado en un 90% el primer año y un 100% el segundo año 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de afiches de difusión elaborados según el programa • N° de comunicados por medio del perifoneo del establecimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe del programa de difusión ejecutado 	El Plan de difusión se ejecuta como se estableció en el Plan inicial.
--	---	---	---	--	---

	<p>A3. Pasantía de gestión del personal y jefe de servicio de UCI y jefes de servicios médico de las áreas médico quirúrgico para reconocer experiencias en otros servicios semejantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los primeros 6 meses se ejecuta el 50% de las pasantías programadas • Los siguientes 6 meses se ejecuta el 50% restante de las pasantías programadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de pasantías programadas • N° de personas que se benefician de la pasantía en su primera rotación • N° de personas que se benefician de la pasantía en la segunda rotación 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de pasantías efectivizada en el HNERM Lima • Record de asistencia • Record de asistencia 	<p>Apoyo de la Gerencia de Capacitación para la ejecución de la pasantía programada</p>
	<p>B.1. Taller de sensibilización sobre la problemática del servicio y propuesta de solución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participación del personal de salud en el Taller de sensibilización sobre problemática del servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de taller de sensibilización programadas • N° de taller de sensibilización ejecutadas • N° de personas de salud que asiste al taller de sensibilización 	<ul style="list-style-type: none"> • Actas de compromiso y acuerdos del servicio de UCI • Informe del taller de sensibilización • Registro de asistencia a las reuniones del taller de sensibilización 	<p>Apoyo de la Gerencia de Capacitación para ejecución del taller de sensibilización</p> <p>Personal de salud sensibilizado y comprometido en la mejora de atención al paciente crítico</p>

	B.2. Programa de refuerzo de las capacidades de resolución y gestión de las autoridades del nivel local de EsSalud.	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridades locales de EsSalud participan en el programa de fortalecimiento de las capacidades resolutoria en un 100% en el primer año 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de capacitaciones programadas • N° de capacitaciones ejecutadas • N° de autoridades seleccionadas para la capacitación • N° de autoridades que asisten a las capacitaciones programadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de capacitación • Informe de capacitaciones • Registro de autoridades • Registro de asistencia a las capacitaciones 	Apoyo de la Gerencia de Capacitación
	B.3. Taller sobre Manejo de Herramientas e Instrumentos de Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • El personal de salud del servicio de UCI y servicios médicos quirúrgicos participa en el 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de reuniones del taller de programadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de capacitación del taller 	Apoyo de la Gerencia de Capacitación

		<p>y servicios quirurgicos en un 100% el primer año.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N° de reuniones del taller ejecutadas • N° de personas de salud que asiste a las reuniones del taller • N° de talleres ejecutados: 10 el primer año 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de capacitaciones efectivas • Registro de asistencia 	
	<p>C.1. Ampliacion de la unidad cuidados intensivos para convertirlo en un pabellon de cuidados intensivos especializados para la atencion del paciente critico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creacion del pabellon de cuidados especiales en el HNCASE para atencion centralizada del paciente critico, en un 100% al término del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Construccion y habilitacion de ambientes al termino del proyecto • N° de partida presupuestal 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución de la presidencia ejecutiva de aprobación del proyecto de creacion del pabellon de cuidados intensivos especializado • Informe de partida presupuestal designada a la construcción de un ambiente específico. 	<p>Se logrará crear la unidad de cuidados intensivos especializados</p> <p>Se contará con la partida presupuestal</p>

	C.2. Implementación y equipamiento del nuevo pabellon de cuidados intensivos especializados.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación y equipamiento de nuevo servicio de UCI especializado en un 50% primer año y un 100% al término del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de materiales, equipos adjudicados y de reposición en un 50 % el primer año y 100% al termino del proyecto • N° de material y equipos que reciben mantenimiento preventivo en un 100% 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos administrativos de adjudicación y de reposición de materiales y equipos • Plan de mantenimiento de materiales y equipos 	Servicio de UCI especializado adecuadamente implementada y equipada
	C.3. Elaboración e implementación de la normatividad, protocolos y guías de atención y procedimientos del paciente crítico	<ul style="list-style-type: none"> • El personal de UCI y especialidad medico quirurgicas cumple con el 50% de la elaboración e implementación de las 50 normas, 80 protocolos y 80 guías de atención del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de protocolos elaborados e implementados: 40 el primer año 40 el segundo año • N° de guías de atención elaborados e implementados: 40 el primer año 40 el segundo año 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de normatividad, protocolos y guías de atención debidamente revisados y acreditados por la gerencia central de EsSalud 	Servicio de UCI especializado ampliado con protocolos y guías de atención de paciente crítico, con normatividad vigente de EsSalud

			<ul style="list-style-type: none">• N° de archivos Acopiados debidamente implementados en el servicio de UCI especializado 2 tomos.		
--	--	--	---	--	--