

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PLAN DE GESTIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE
PATRICIA BENNER: CUIDADO, SABIDURÍA
CLÍNICA Y ÉTICA EN ENFERMERÍA. SERVICIO DE
SUPERVISIÓN. HOSPITAL III ESSALUD.
CHICLAYO 2015**

**INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ADMINISTRACIÓN DE ENFERMERÍA**

AUTOR: Lic. LIDIA MARIELA CASTRO LIMO

Chiclayo, 31 de marzo de 2017

**PLAN DE GESTION DESDE LA PERSPECTIVA DE
PATRICIA BENNER: CUIDADO, SABIDURÍA
CLÍNICA Y ÉTICA EN ENFERMERÍA. SERVICIO DE
SUPERVISIÓN. HOSPITAL III ESSALUD.
CHICLAYO 2015**

Por:

Lic. Lidia Mariela Castro Limo

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ADMINISTRACION DE ENFERMERÍA**

APROBADO POR:

Mgtr. Soledad Guerrero Quiroz
Presidente de Jurado

Mgtr. Mirtha Alvarado Tenorio
Secretaria de Jurado

Mgtr. Asuncion Carmen Luz Bazán Sánchez
Vocal/Asesor

DEDICATORIA

A DIOS, nuestro SEÑOR, Quien con Su infinita bondad, me ha permitido superar todo dolor, y seguir adelante, transitando el camino que El me asigna, con fe y esperanza.

A mi esposo, César Polo Chevez, quien desde el lugar privilegiado en que se encuentra, es mi guía y protección por siempre.

A mi familia, de manera especial a mi papá Domingo y mi mamá Eleuteria, porque siempre estuvieron a mi lado para apoyarme y hacer más llevadera las vicisitudes de la vida, que me tocaron vivir.

A mis queridos hijos: JULIO y KATTIA, por su importante apoyo y comprensión para lograr con éxito, todo aquello que emprendo.

A mis nietos Naiara y Lyan, por ser los angelitos, que alegran mi vida y me infunden valor para seguir adelante.

Al Departamento de enfermería con gratitud, por haberme permitido reconocer y valorar mis capacidades de Gestora del Cuidado, como Enfermera Jefe y Supervisora, en favor de la seguridad del paciente y bienestar del personal.

Mariela

AGRADECIMIENTO

A Dios y María, Madre Santísima, porque siempre estuvieron a mi lado, iluminando el camino para transitar con seguridad y sin miedos, bajo Su protección.

Mi agradecimiento sincero a los docentes de la Segunda Especialidad de Administración en Enfermería USAT, por brindarme nuevos conocimientos que me permitirán un desempeño profesional más eficiente y humano.

Mi agradecimiento y gratitud, a todas mis distinguidas colegas, que en el transitar profesional, influyeron positivamente en mi formación personal y profesional.

A mí distinguido jurado Mgrt. Soledad Guerrero Quiroz y Mgrt. Mirtha Alvarado Tenorio, por sus oportunos aportes que mejoraron el presente trabajo.

Mi gratitud y admiración sincera a mi asesora:

Mgrt. Asunción Carmen Luz Bazán Sánchez. Sin sus conocimientos, enseñanzas y conducción, no hubiera sido posible la culminación satisfactoria del presente trabajo

Mariela

RESUMEN

En la época en que vivimos, los hospitales son considerados empresas modernas, por lo que deben contar con herramientas de gestión que permitan su adecuada organización y desarrollo para poder competir con otras, no sólo a nivel local, sino también a nivel regional y nacional, adecuándose a las exigencias que la sociedad demanda, cada vez, con mayor frecuencia. Para el logro de este propósito, Enfermería a través de la organización de su Departamento de Enfermería, garantiza la calidad de los procesos de atención, aplicando una supervisión técnico-científica mediante el diseño y ejecución de un Plan de Gestión; en esta ocasión, presentado con el objetivo de proponer estrategias para la solución de los problemas y necesidades que puedan existir en los servicios asistenciales del HBAAA, procurando lograr una armonía entre la calidad de atención del paciente asegurado, las necesidades de salud desde la perspectiva del paciente y la eficiencia en la administración de los recursos. Su elaboración está sustentada en la Teoría de Patricia Benner: Cuidado, Sabiduría Clínica y Ética en Enfermería; administrativamente substraer La Teoría de la Contingencia o Situacional, para transferirla al rol supervisor. La problemática, se analizó mediante el FODA, los problemas se jerarquizaron por medio de la matriz de priorización, eligiéndose a los cinco principales problemas, cuya propuesta de solución se registra en el plan específico de actividades. La ejecución plantea, la evaluación mediante indicadores de calidad propuestos. Su elaboración tuvo en cuenta los Principios de la Ética personalista de Elio Sgreccia.

Palabras Claves: Plan de gestión, Departamento de Enfermería, Enfermera Supervisora.

ABSTRACT

At the time we live, hospitals are considered modern companies, so they must have management tools that allow their proper organization and development to compete with others, not only at the local level, but also at the regional and national level, adapting to the demands that society demands, each time, more frequently. For the achievement of this purpose, Nursing through the organization of its Nursing Department, guarantees the quality of care processes, applying a technical-scientific supervision through the design and execution of a Management Plan; on this occasion, presented with the aim of proposing strategies for the solution of the problems and needs that may exist in the health care services of the HBAAA, seeking to achieve a harmony between the quality of care of the insured patient, the health needs from the perspective of the patient and the efficiency in the administration of resources. Its elaboration is based on the Theory of Patricia Benner: Care, Clinical Wisdom and Ethics in nursing; administratively subtracts The Theory of Contingency or Situational, to transfer it to the supervisory role. The problem was analyzed through the FODA, the problems were prioritized by means of the prioritization matrix, choosing the five main problems, whose proposed solution is recorded in the specific plan of activities. The implementation raises, the evaluation through quality indicators proposed. Its elaboration took into account the Principles of Personalist Ethics of Elio Sgreccia.

Keywords: Management plan, nursing department, nurse supervisor.

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCION	12
I. SITUACIÓN ACTUAL	16
1.1 Breve reseña histórica del hospital base almanzor aguinaga asenjo y del departamento de enfermería	17
1.2 Diseño de la red integrada del establecimiento, y servicio de salud	18
1.3 Área de influencia:	19
1.4 Cartera de servicios:	20
II. SITUACION ACTUAL DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	20
2.1 Diagnostico situacional del departamento de enfermería	20
2.2 Análisis de la oferta y demanda actual:	22
2.2.1 Características de la demanda de los servicios:	22
2.2.1.1 Perfil epidemiológico	23
2.2.1.2 Indicadores de salud	33
2.2.1.3 Producción del servicio	36
2.2.1.4 Población objetivo a ser atendida	43
2.2.1.5 Cobertura	44
2.2.1.6 Atencion según programas	45
2.2.2 Características de la oferta del servicio:	46
2.2.2.1 Rendimiento	46
2.2.2.2 Distribución de horas/hombre por actividades del servicio	48
2.2.2.3 Consulta ambulatoria y hospitalización, según area de competencia	53
2.2.2.4 Atencion preventiva	53
2.2.3 Guías de procedimiento en enfermería	54
2.2.4 Organización y funciones del servicio	60
2.2.5 Recursos institucionales	63

2.2.5.1 Recursos humanos: distribución del personal según área	63
2.2.5.2 Recursos económicos, financieros	64
2.2.5.3 Infraestructura y equipamiento	64
2.2.5.4 Análisis de los servicios de otras instituciones privadas y públicas	67
2.3 Misión / Visión	68
III. ANÁLISIS FODA	69
IV. IDENTIFICACIÓN, PRIORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE PROBLEMAS, OBJETIVOS, METAS, Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR.	77
V. PLAN DE EVALUACIÓN, SUPERVISIÓN Y MONITOREO	88
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	

INDICE DE CUADROS

- Cuadro N° 1. CENTROS ASISTENCIALES DE SALUD RED ASISTENCIAL
LAMBAYEQUE “JUAN AÍTA VALLE” 2015.....
.....18**
- Cuadro N° 2. PERFIL DE CONSULTA EXTERNA (DEMANDA) 30
PRIMEROS
DIAGNÓSTICOS HOSPITAL BASE "ALMANZOR AGUINAGA
ASENJO" – CHICLAYO,
2014..... 22**
- Cuadro N° 3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOSPITALIZACIÓN 30
PRIMEROS DIAGNÓSTICOS HBAAA - CHICLAYO
2014.....24**
- Cuadro N°4. PERFIL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR TIPO 30
PRIMEROS DIAGNÓSTICOS HOSPITAL BASE "ALMANZOR
AGUINAGA ASENJO"–CHICLAYO,
2014..... 25**
- Cuadro N°5. UBICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN
HOSPITALARIA ÁREA ESPECIALIZADA HBAAA-
2015..... 27**
- Cuadro N°6. UBICACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA
EN ÁREA BÁSICA HBAAA –
2015..... .28**
- Cuadro N°7. PERFIL DE ATENCIONES EN EMERGENCIA (DEMANDA)
30 PRIMEROS DIAGNÓSTICOS. HBAAA – CHICLAYO,
2014..... 30**
- Cuadro N°8. MORTALIDAD HOSPITALARIA POR CAUSA FINAL Y SEXO
HOSPITAL BASE ALMANZOR AGUINAGA ASENJO -
CHICLAYO, 2014. 31**
- Cuadro N°9. PACIENTE DIA HOSPITALIZACION HNAAA-
2014..... 32**
- Cuadro N°10. INDICADORES DE SALUD Y GESTIÓN HOSPITALARIA**

HNAAA- CHICLAYO, 2013- 2014.....	33
Cuadro N°11. INDICADORES DE SALUD EN EMERGENCIA - UCI – UCIN HNAAA CHICLAYO, 2014.....	34
Cuadro N° 12. PRODUCCIÓN ADMINISTRATIVA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA HNAAA CHICLAYO, 2014.....	36
Cuadro N°13. PRODUCCIÓN ASISTENCIAL AMBULATORIA DEPARTAMENTO ENFERMERÍA HNAAA - CHICLAYO, 2013- 2014.....	38
Cuadro N°14. ESTÁNDARES DE RENDIMIENTO LABORAL DEL LICENCIADO (A) DE ENFERMERÍA. ESSALUD.....	40
Cuadro N°15. ESTÁNDARES DE RENDIMIENTO LABORAL DEL TÉCNICO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA- ACTIVIDADES PRINCIPALES ESSALUD.....	42
Cuadro N°16. ESTÁNDARES DE RENDIMIENTO LABORAL DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA HNAAA- 2013... 	47
Cuadro N° 17. ESTANDARES DE RENDIMIENTO LABORAL DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL TÉCNICO EN ENFERMERÍA HNAAA-2013.....	47
Cuadro N°18. PERSONAL DE ENFERMERÍA POR RÉGIMEN LABORAL HOSPITAL BASE "ALMANZOR AGUINAGA ASENJO" – CHICLAYO, 2014.	48
Cuadro N°19. ESTIMACIÓN DE BRECHA DE HORAS DE RECURSOS HUMANOS: ENFERMERAS CENTRO ASISTENCIAL: HNAAA-2015.....	50
Cuadro N°20. ESTIMACIÓN DE BRECHA DE HORAS DE RECURSOS HUMANOS: TECNICOS DE ENFERMERIA CENTRO ASISTENCIAL: HNAAA-2015.....	51

**Cuadro N°21. RESUMEN ESTIMACIÓN BRECHA DE HORAS RECURSOS
HUMANOS DPTO ENFERMERÍA CENTRO ASISTENCIAL:
HBAAA. R.A.L. AÑO:**

2015..... 52

INTRODUCCION

En la actualidad, los hospitales son considerados empresas modernas (de salud) por lo que deben contar con herramientas de gestión que permitan su adecuada organización y desarrollo para poder competir con otras, no sólo a nivel local, sino a nivel regional o nacional y adecuarse a las exigencias que la sociedad demanda, cada vez con mayor frecuencia, dadas las características de su perfil epidemiológico, cambiante e influyente EN los estilos de vida impuestos por la modernidad.¹

Un hospital se constituye en una organización que produce servicios de salud en el que se desarrollan procesos múltiples y complejos, sumado a la problemática que atraviesan actualmente los hospitales en el Perú, igualmente compleja, y a las importantes deficiencias que se procesan en la gestión de estos establecimientos de salud, por tanto, se hace necesario generar acciones para fortalecer y mejorar estructuras y procesos gerenciales hospitalarios, con énfasis en el proceso de toma de decisiones¹; relacionadas al control de los procesos DE cuidado, mediante la función supervisora, que se ubica en toda estructura organizativa de los Departamentos de Enfermería de un hospital, o de sus pares, según nivel de complejidad.

El Departamento de Enfermería del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo - EsSalud (HBAAA), para el periodo 2015- 2020, está comprometido en el cumplimiento de un conjunto de actividades, para lograr los objetivos y metas propuestas institucionalmente, basada en indicadores cuantificables, relacionados al cumplimiento de las estrategias y compromisos que contribuyan a la mejora de la gestión institucional, y que se logra, mediante la función de supervisión del trabajo de enfermería.

La Supervisión en Enfermería, es una función principal de gestión, liderazgo, dirección y control, para mejorar las condiciones de trabajo y garantizar una atención de calidad. Dentro del rol la enfermera tiene esta función y no la puede delegar a otra persona², ni permitir su intromisión. Es importante señalar que el supervisor, tiene superioridad jerárquica, por tanto capacidad de

determinar si la acción es correcta o no, es experimentado en el área que supervisa y tiene autoridad suficiente para dirigir al resto del personal; sus principales funciones se orientan a: mejorar la calidad de la atención de enfermería, crear un ambiente favorable a las personas, impulsar el desarrollo del personal, mantener la disciplina y el interés en el trabajo, organizar la utilización de los recursos materiales³, así como el potencial humano, de tal manera que, los procesos de atención, tengan garantía de calidad, en todas las áreas.

Lo dicho, es la principal función, a la par, el más grande reto de la enfermera clínica experta (supervisora) que debe llevarla con mucho tino, ya que esta función, muchas veces se ve perturbada por intereses personales, tanto de los supervisados, como de otros profesionales, que en la equivocada idea de “pertenencia del personal”, algunas veces, tienen intervenciones de intromisión en las decisiones de la supervisora. De igual manera, la calidad de los procesos, que generalmente se afectan por dos razones significativas, la falta de insumos y la dotación de personal insuficiente, también se entorpece por actitudes con falta de ética del propio personal, en relación a la enfermera “nueva” y otras tantas, por actitudes de las enfermeras de reciente ingreso, frente a la supuesta “supervisión” de sus pares, dentro del servicio.

La tarea de garantizar los procesos de cuidado, es de mucha responsabilidad para la enfermera supervisora, ella debe conocer a su personal, determinar sus fortalezas y también sus falencias, situación que en ocasiones se agudizan cuando hay ingreso de personal nuevo y este es asignado a servicios críticos, sin que hayan demostrado sus competencias, y por otro lado, cuando por ausencia del personal, la supervisora debe movilizar, previo evaluación técnico contextual, al personal, a un servicio diferente al que por rol le está asignado, que también ponen en riesgo, competencias que no se han desarrollado para dicha área.

Frente a esta problemática, la enfermera supervisora necesita realizar un Plan de Gestión para operativizar la Supervisión de los procesos de enfermería; para ello, deberá considerar tres elementos indispensables: la teoría propia de enfermería, la teoría de las ciencias administrativas y la ciencia ética,

garantizando que dicho plan, sea técnico-científico y ético, en bien del paciente y del personal.

En este sentido la Teoría Filosófica de Patricia Benner, muestra el proceso que la enfermera(o) atraviesa desde recién graduada(o) hasta que se especializa en un área determinada, en él van surgiendo una serie de cambios; se van adquiriendo habilidades que hacen que el desempeño profesional sea cada vez de mejor calidad⁴, la Enfermera Supervisora, es la que se encarga de encaminar este proceso, auspiciando la calidad del cuidado y el desarrollo profesional y personal. A medida que la enfermera gana experiencia, el conocimiento clínico se convierte en conocimiento práctico y teórico. La pericia se desarrolla a medida que se demuestran las expectativas, basadas en un principio, y las modifica aplicándolas a una situación real; estos esfuerzos colectivos serán comprendidos por los profesionales de forma individual desde el saber práctico, el arte, la ciencia y la conducta moral, para una buena práctica⁵, direccionada por la Enfermera Supervisora.

En ese sentido Benner, conceptúa sus principales definiciones, considerando niveles de experticia, así considera que la Principiante, no tiene ninguna experiencias previa de la situación a la que debe enfrentarse (personal de reciente ingreso, personal movilizado a un área diferente a la de desempeño habitual), Principiante avanzada, En este estadio la persona posee la experiencias necesaria para dominar algunos aspectos de la situación (personal estable en un servicio), Competente: se caracteriza por una considerable planificación consciente, deliberada que determina los aspectos de las situaciones actuales y futuras que son importantes y cuales no (enfermeras especialistas), Eficiente: la persona percibe la situación como un conjunto en vez de dividirla en aspectos, y la actuación, se guía por un dominio intuitivo de la situación, a partir de la información previa que conoce (Enfermera Jefe)⁵

En el nivel ultimo de experticia considera al Experto, como aquel que: Posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar el origen del problema sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos, tiene capacidad para demostrar dominio clínico y de la práctica basada en los recursos, asimilación del saber practico, visión general y previsión de lo inesperado;

descripción que coincide con la experticia de una Enfermera Supervisora, que a veces, en minutos, debe tomar decisiones de gran trascendencia.

En este sentido es propio considerar otras definiciones y conceptos hechas por Benner⁵, para incorporarlas en el direccionamiento de la función supervisora. Así, son *Aspectos de una situación* los elementos recurrentes, situacionales y significativos que se reconocen y se comprenden en el contexto gracias a la experiencia previa de la enfermera (Supervisora); *Importancia*, actitud perceptiva o conocimiento incorporado, que sirve para valorar los aspectos de una situación y determinar, si son más o menos significativos (le permite intervenciones técnicamente viables y productivas) y *Comportamiento ético*, implica un sentido de pertenencia al grupo profesional correspondiente. Los criterios clínicos y éticos son inseparables y deben guiarse por estar con y entender los problemas humanos y las posibilidades en situaciones concretas; las decisiones que tome la supervisora no dañaran al personal, el bien debe ser para el paciente y su cuidadora.

Lo expuesto, serán conceptos norteadores en el Plan de Gestión para la Supervisión, que la autora propone, poniendo en práctica la teoría Cuidado, Sabiduría Clínica y Ética en la práctica de la Enfermería; en esta oportunidad, aplicada a la función supervisora, ejercida por las Enfermeras Supervisoras, líderes formales, respaldados por la institución sanitaria, para llevar a cabo las políticas de gestión, con un liderazgo que debe ser considerado como formal, no informal, ella, son profesionales con un peso específico propio en el organigrama sanitario y este peso generalmente es superior al de un enfermero base⁶; por tanto, su autoridad se ejerce por estructura; sin embargo, ella no debe dejar de lado el aspecto humano en su gestión; esta función, también debe tener un sustento teórico en las ciencias administrativas, en ese sentido el presente Plan de Gestión para la Supervisión, basa su diseño y ejecución en la Teoría de la Contingencia o Situacional.

Al respecto la teoría de la contingencia o situacional, enfatiza la necesidad de consonancia entre la organización y su ambiente. No existe una sola y única forma mejor de organizar la institución, para que sea exitosa, necesita ajustarse continua y adecuadamente a las demandas y características de donde opera, para ser exitosa, debe ubicar y aprovechar rápidamente las oportunidades,

simultáneamente, ubicar y neutralizar las amenazas del ambiente. (Servicios de atención clínica). Eso requiere aprovechar las benevolencias (características del personal, insumos y equipos), al mismo tiempo, evitar y escapar de los peligros (omitir movilizaciones de personal, material y equipos necesarios para la asistencia)⁷, para que la Enfermera Supervisora, pueda viabilizar las soluciones de los problemas contingenciales, que en la práctica diaria del cuidado, no son ocasionales.

La transferencia de estos conceptos teóricos propios de la enfermería y de las ciencias administrativas y éticas, orientaran el Plan de gestión para la Supervisión orientándola a lograr una gestión eficaz de los recursos humanos, insumos y equipos, teniendo en cuenta sus particularidades profesionales, desde la principiante hasta la experta, valorando sus competencias con un sentido científico técnico y ético, en las acciones a tomar y considerando que la salud perdida, que se evidencia como enfermedad, en un sistema de salud caracterizado por las limitaciones logísticas, que la inducen afrontar un sin número de contingencias, que la Enfermera Supervisora como Experta, y con el poder y autoridad que le da la institución, está llamada a resolver para garantizar el cuidado de calidad, científica y éticamente ejecutado, en bien del paciente y del personal.

El presente Plan de Gestión al ser aplicado en el Servicio de Supervisión, espera lograr una armonía entre la calidad de atención del paciente asegurado y sus necesidades de salud, desde la perspectiva del manejo eficiente de la administración de los recursos, mediante las intervenciones oportunas de la Enfermera Supervisora, con la finalidad de adecuarse a las exigencias de la Institución, basadas en brindar servicio seguro para el paciente y el personal de salud, de acuerdo a las normas de calidad y de esta manera, contribuir no sólo al progreso de EsSalud, sino al de la sociedad en su conjunto, brindando una atención de calidad, segura, científica, ética y humana.

I. SITUACIÓN ACTUAL

1.1 Breve Reseña Histórica del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo y del Departamento de Enfermería

La Historia de la Seguridad Social en el Departamento de Lambayeque se inicia el 02 de enero de 1943, siendo presidente del Perú Manuel Prado Ugarteche y Director Gerente Edgardo Rebagliati Martins, la atención de salud se centraba en una visión medicinista y curativa con servicios generales de medicina, maternidad y consulta externa.

El 03 de setiembre de 1974 se eleva a la categoría de Hospital Regional, en 1977 es elevado a la categoría de Hospital Central del Norte del Seguro Social del Perú. En 1977 por RS. N° 061TR-77, se resuelve la unión física y funcional de los hospitales ex obrero y ex empleado. El 16 de julio de 1982, cambia la razón social de Seguro Social del Perú, por Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). En 1989, recibe el nombre de “Almanzor Aguinaga Asenjo”. El 9 de julio de 1991, se eleva a la categoría de Hospital Nacional, por RDE N°618, siendo presidente del IPSS el Dr. Luis Castañeda Lossio; el 2 de octubre de 1991, se inaugura como Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. En 1999, se promulga la ley N°27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

El HNAAA, nace considerando al Departamento de Enfermería como parte de su estructura organizativa.

El Departamento de Enfermería del HBAAA, se encuentra ubicado en el área básica, cuenta con una Jefa de Departamento, seis (06) Enfermeras Supervisoras, todas han accedido al cargo por concurso interno, por un periodo de tres años, renovables por un periodo adicional, según Resolución N°485-GRALA-JAV-ESSALUD-2009, tiene también una (01) secretaria administrativa. La infraestructura es antigua, y adaptada para tal fin, evidenciándose falta de privacidad para los procesos de direccionamiento del personal, reuniones de gestión y de capacitación, así como, para el confort necesario del personal.

Desde el punto de vista estructural, el departamento de enfermería cuenta con profesionales supervisoras altamente capacitadas y especializadas capaces de resolver problemas en los diferentes servicios, mediante coordinaciones necesarias y oportunas. El equipo de Enfermeras Supervisoras, asegura un cuidado de enfermería de calidad y calidez, en las diferentes áreas y servicios que conforman el hospital, asegurando oportunidad y efectividad en cada proceso que se desarrolla, garantizando que los procesos de atención se den con la más alta calidad posible, las 24 horas del día; para ello la programación de personal se realiza en turnos diurnos de 6 horas y guardia nocturna de 12 horas.

El servicio de Supervisión, realiza sus funciones de manera general, en todas las áreas de Hospitalización, Consulta Externa y Servicios especiales, y de manera específica por áreas, siendo estas, una supervisora par cuatro servicios, la supervisora de área, se designa en relación a la experticia que ostenta en relación a los servicios que debe supervisar, resolviendo los principales problemas específicos del área, siempre en coordinación permanente con la enfermera Jefe de Servicio y la Jefe del Departamento de Enfermería.

1.2 DISEÑO DE LA RED INTEGRADA DEL ESTABLECIMIENTO, Y SERVICIO DE SALUD

La Red Asistencial Lambayeque es un Órgano desconcentrado de EsSalud que tiene como Hospital Base al Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, responsable de otorgar prestaciones integrales de salud a la población asegurada, en el ámbito geográfico que corresponde a la Región Lambayeque, mediante la articulación de los establecimientos de salud con diferente nivel de complejidad constituido por 25 establecimientos de salud (Cuadro N°1)

Cuadro N° 1

CENTROS ASISTENCIALES DE SALUD

**RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE “JUAN AÍTA VALLE” –
2015**

HOSPITAL BASE	HOSPITAL AL II	HOSPITAL I	POLICLÍNIC OS	CAP II	CENTRO. MÉDICO	POSTAS MÉDICA S
ALMANZOR AGUINAGA ASENJO	Jaén	Luis Heysen Inchaustegui	Augustin Gavidia Salcedo	Motupe	Juan Aíta Valle	Pucará
		Chepén	Carlos Castaneda Iparraguirre	Chongoyape	Cayalti	Oyotún
		Augustin Arbulú Neyra	Chiclayo Oeste	Jayanca	Chota	Olmos
		Naylamp	Manuel Manrique Nevado	Pátapo	Cutervo	Santa Cruz
				San Ignacio		Úcupe
						Túcume

**Fuente: Datos Oficina de Inteligencia Sanitaria (OIS)-HBAAA-EsSalud. 2015-
Diagramado por la autora.**

El cuadro N°1 muestra que la Red Asistencial Lambayeque “Juan Aíta Valle”, conformada por 25 Centros Asistenciales de Salud (CAS), junto a 27 más, a nivel nacional, permiten se descentralice y dinamice los servicios. Esta red cuenta con su respectiva gerencia, la que tiene el manejo administrativo de los centros asistenciales, ubicados por circunscripción geográfica y cada una cuenta con un Hospital Base, el cual ostenta la mayor capacidad resolutive y al que son referidos los pacientes de los centros asistenciales de la red, en caso la atención lo amerite. Asimismo, las redes asistenciales tienen una clasificación (tipo o categoría), de acuerdo a la capacidad de resolución de su Hospital Base, que puede ser: Hospital Nacional, Hospital IV, Hospital III, Hospital II u Hospital I. El Hospital Base Almanzor Aguinaga es referente de 24 CAS y cobertura la atención de patologías complejas, mitigando posibles riesgos sanitarios

1.3 Área de Influencia:

Población adscrita al Hospital Nacional Almanzor Aguinaga:

El Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo, es un centro asistencial Referencial de la Macro Región Norte, Nivel III-1, brinda atención general y especializada a más de 1100 000 pacientes asegurados, provenientes del departamento de: Lambayeque, Piura, Tumbes, Cajamarca, Amazonas, Ancash, la Libertad y San Martín. Para ello cuenta con un servicio de hospitalización con 404 camas, distribuidas en 22 servicios asistenciales, 12 estaciones para hemodiálisis, 01 unidad para tratamiento de Quimioterapia ambulatoria, con capacidad para 10 pacientes, 01 unidad de hemodinámica, 01 unidad de radiología intervencionista, 01 unidad de trasplante de Medula Ósea, 01 unidad de Uro dinamia.

1.4 Cartera de Servicios:

Por ser el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo un centro asistencial de referencia tiene en su cartera de servicios los siguientes:

- Intervenciones quirúrgicas de mediana y alta complejidad en todas las especialidades quirúrgicas.
- Trasplante renal, córneas, médula ósea.
- Tratamiento en Oncología y Quimioterapia
- Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.
- Banco de Sangre y Hemoterapia.
- Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios: Generales, Neonatales.
- Cardiología Intervencionista, Radiología Intervencionista.
- Diagnóstico por imágenes (RX, Ecografía, Tomografía, Resonancia magnética).
- Hospitalización en más de 30 especialidades médicas y quirúrgicas y consulta externa.

Todos los servicios y atenciones de salud, se relacionan y ofrecen servicios complementarios.

II. SITUACION ACTUAL DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

2.1 Diagnostico Situacional

El Departamento de enfermería del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo, cuenta, con seis (06) enfermeras supervisoras, la función de las Enfermeras Supervisoras tienen como objetivos: Sistematizar el proceso de la función de supervisión de enfermería hospitalaria, para garantizar la eficiencia, eficacia, calidad y calidez del cuidado. Fortalecer la supervisión de enfermería hospitalaria, a través de, lineamientos estandarizados que permitan el mejor aprovechamiento de los recursos. Fundamentar el rol protagónico del profesional que ejerce la supervisión de los servicios de enfermería hospitalaria, con criterio técnico científico¹¹, lo cual le permite intervenir en los problemas de mayor trascendencia en la calidad del cuidado, que a diario debe resolver, durante las 24 horas del día.

La oficina del Servicio de Supervisión, está ubicado en el Departamento de Enfermería, estructural y funcionalmente es enlace entre la Jefatura del Departamento y las Jefaturas de los Servicios de Enfermería, tiene autoridad y responsabilidad técnica administrativa, para el control y monitoreo de los procesos de atención relacionados a la calidad de los cuidados; dada la complejidad y multiplicidad de intervenciones en el proceso de atención diaria durante todo el año; su autoridad implica niveles decisorios en la resolución de conflictos y contingencias, para obtener resultados de acuerdo a objetivos institucionales, necesidad de los usuarios, y personal, evaluando procesos y resultados mediante indicadores y estándares, pre establecidos, para la medición objetiva del desempeño laboral, evaluando resultados y realizando correcciones inmediatas, in situ, de acuerdo a necesidades; como también motivando y premiando el trabajo eficiente.

En relación a ello, uno de los principales problemas que ocasiona dificultades de gran envergadura, es el absentismo de enfermeras, (descansos médicos, licencias, permisos particulares y ausencias), que en algunas fechas se hace difícilmente manejables, ello conlleva, a cubrir las ausencias movilizándolo al personal de otras áreas, sin que muchas veces el perfil sea el indicado, generando insatisfacción manifiesta en el personal, además que impide establecer controles y procedimientos, mejorar las condiciones de trabajo y garantizar el proceso de desarrollo profesional, desde el novato al experto.

2.2 Análisis de la oferta y demanda actual:

El servicio de supervisión está compuesto por 6 enfermeras supervisoras, todas con título de especialistas en Administración, el 80% son Magísteres, y una con grado de Doctora en Enfermería, una con estudios de doctorado concluidos; son docentes universitarias en programas de pre y post grado, realizan turnos de guardia nocturna cada 5 días y cuando no están de vacaciones, cada 6 días, o una de apoyo en la gestión, en turnos diurnos.

Las enfermeras supervisoras tienen como objetivo:

Supervisar los procesos de atención de enfermería que realiza el personal de enfermería; garantizar que los diferentes servicios cuenten con el personal adecuado (existe dotación inadecuada de personal, alto índice de ausencias por descansos médicos o por motivos personales), para brindar el cuidado a los pacientes, no contando para ello con la disponibilidad de personal de reten, que cubra de manera inmediata y eficiente estas ausencias, lo cual tiene efecto negativo en los indicadores de calidad, ya que esta deficiencia se evidencia en el incremento de ulcera por decúbito, en pacientes crónicos; flebitis, caídas, fugas, IIH, entre otras.

2.2.1 Características de la demanda de los servicios:

La población asegurada que atiende la Red Asistencial Lambayeque es de 356 725 asegurados, así debemos indicar que el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo no tiene población adscrita por ser un centro asistencial referencial de alta complejidad, para la solución de problemas de la capa compleja, que no pueden ser resueltos por otros centros asistenciales, esta se realiza sea por consultorio externo (Cuadro N° 2) y de servicios ambulatorios o por hospitalización para tratamiento médico quirúrgico.

Cuadro N° 2

**PERFIL DE CONSULTA EXTERNA (DEMANDA) 30 PRIMEROS
DIAGNÓSTICOS HOSPITAL BASE "ALMANZOR AGUINAGA ASENJO" –
CHICLAYO, 2014**

N°	Descripción	Total	%	Acumulado.
1	Atención preparatoria para tratamiento subsecuente, no clasificado en otra	94.95	3.85	3.85
2	Otras insuficiencias renales crónicas	60.87	2.47	6.32
3	Tumor maligno de la mama, parte no especificada	52.83	2.14	8.46
4	Historia personal de uso (presente) de anticoagulantes por largo tiempo	49.47	2.01	10.47
5	Dependencia de diálisis renal	45.72	1.85	12.32
6	Glaucoma Primario de ángulo abierto	44.03	1.79	14.11
7	Hiperplasia de la próstata	38.77	1.57	15.68
8	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sin especificación	36.37	1.48	17.16
9	No administración de la atención médica y quirúrgica	36.12	1.47	18.62
10	Artritis reumatoide seropositiva, sin otra especificación	28.59	1.16	19.78
11	Tumor maligno de la próstata	27.92	1.13	20.92
12	Insuficiencia renal terminal	27.60	1.12	22.04
13	Enfermedad cardiaca hipertensiva sin insuficiencia cardiaca (Congestiva)	26.90	1.09	23.13
14	Catarata senil nuclear	25.21	1.02	24.15
15	(Osteo) Artrosis primaria generalizada	23.40	0.95	25.10
16	Cardiomiopatía isquémica	22.76	0.92	26.02
17	Gastritis crónica superficial	22.49	0.91	26.93
18	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones	22.42	0.91	27.84
19	Cuidado posterior a la Cirugía, no especificado	21.22	0.86	28.70
20	Calculo del riñón	21.26	0.86	29.56
21	Esquizofrenia Paranoide	19.58	0.79	30.36
22	Problemas relacionados con la necesidad de supervisión continua	17.47	0.71	31.06
23	Presencia de lentes intraoculares	16.89	0.69	31.75
24	Examen médico general	16.88	0.68	32.43
25	Lumbago con ciática	15.73	0.64	33.07
26	Estados Menopaúsicos y climatéricos femeninos	15.13	0.61	33.69
27	Convalecencia consecutiva a cirugía	15.04	0.61	34.30
28	Supervisión de embarazo con riesgo en la historia obstétrica	14.65	0.59	34.89
29	Primera consulta preventiva en año para aplicar el paquete esencial de salud	14.59	0.59	35.48
30	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	13.40	0.54	36.03
	SUB TOTAL	888.16	36.01	
	OTROS	15777.16	63.97	
	TOTAL GENERAL	16665.32	100	

Fuente: Oficina Inteligencia Sanitaria - Estadística. HBAAA –EsSalud-2014.

El cuadro muestra, que las diez, primeras causas de atención por consulta externa, están relacionadas a enfermedades degenerativas crónicas, de incidencia asistencial continua, de alta demanda, por lo que generalmente no se alcanza niveles de satisfacción en el usuario y porque además, rebasa la infraestructura teniendo que utilizar un consultorio físico que incluye varios funcionales, con ello

se pretende que, en los consultorios externos, se manejen enfermedades, que sirven como suplemento al cuidado primario, de enfermedades crónicas (como Diabetes Mellitus, Artritis, Enfermedades Cardíacas, etc.).

Por lo regular, se utilizan enfermeras o técnicos entrenados para disminuir admisiones hospitalarias y a una mayor adherencia a los tratamientos recomendados, para mejorar la calidad de vida de los usuarios. Situación que a diario debe monitorizar la enfermera supervisora, obedeciendo a un Plan de Educación Sanitaria, a los pacientes y sus familiares.

2.2.1.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Según la oficina de estadística del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo el perfil epidemiológico y sus causas se describen en el cuadro el Cuadro N°3, presentado a continuación, en él, se detallan las primeras causas de patología atendidas en el HBAAA. Para poder brindar un cuidado humanizado y de calidad, es necesario conocer el Perfil epidemiológico, expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y asumen las instituciones de salud.

Su utilidad, reside en permitir la identificación de las características que la definen, la conducción estratégica, la estructura de soporte, los recursos humanos, la organización de la complejidad, la producción que se orienta a elaborar juicios sobre el esfuerzo y los resultados logrados en el periodo de gestión, optimizando el cálculo del rendimiento ideal de los recursos que constituyen la oferta, estableciendo la brecha de eficiencia, en la que tiene que trabajar la Enfermera Supervisora, para garantizar el cuidado experto y de calidad.

Cuadro N° 3
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOSPITALIZACIÓN
30 PRIMEROS DIAGNÓSTICOS
HBAAA - CHICLAYO 2014

Nº	Descripción	Total	%	Acumulado.
1	Apendicitis aguda, no especificada	240	3.16	3.16
2	Calculo de la vesícula biliar sin colecistitis	206	2.71	5.87
3	Septicemia, no especificada	166	2.19	8.06
4	Otros recién nacidos pre término	157	2.07	10.13
5	Infarto cerebral debido a trombosis de arterias cerebrales	138	1.82	11.95
6	Calculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis	117	1.54	13.49
7	Otros recién nacidos con sobrepeso para la edad gestacional	84	1.11	14.59
8	Neumonía, no especificada	81	1.07	15.66
9	Fractura pertrocanteriana	78	1.03	16.69
10	Parto único espontaneo, presentación cefálica de vértice	71	0.94	17.62
11	La enfermedad renal crónica, no especificada	70	0.92	18.55
12	Nefritis tubulointerstitial aguda	69	0.91	19.45
13	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	69	0.91	20.36
14	Tumor maligno de la mama, parte no especificada	67	0.88	21.25
15	Hiperplasia de la próstata	62	0.82	22.06
16	Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	61	0.80	22.87
17	Pre eclampsia severa	59	0.78	23.64
18	Neumonía bacteriana, no especificada	59	0.78	24.42
19	Leiomioma intramural del útero	58	0.76	25.18
20	Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	57	0.75	25.94
21	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	55	0.72	26.66
22	Cardiomiopatía isquémica	55	0.72	27.38
23	Insuficiencia renal terminal	53	0.70	28.08
24	Tumor maligno del estómago, parte no especificada	51	0.67	28.75
25	Insuficiencia cardiaca congestiva	50	0.66	29.41
26	Insuficiencia cardiaca, no especificada	49	0.65	30.06
27	Hemorragia intracerebral en hemisferio, subcortical	46	0.61	30.66
28	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena	45	0.59	31.26
29	Tumor maligno del colon, parte no especificada	45	0.59	31.85
30	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	43	0.57	32.42
	Sub total	2461	32.42	
	Otros	5131	67.58	
	Total general	7592	100	

Fuente: Oficina Inteligencia Sanitaria - Estadística. HBAAA –EsSalud-2014.

Otra unidad productiva la constituye el Centro Quirúrgico (Cuadro N°4).

Cuadro N° 4

PERFIL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR TIPO 30 PRIMEROS DIAGNÓSTICOS HOSPITAL BASE "ALMANZOR AGUINAGA ASENJO" – CHICLAYO, 2014

Descripción cirugía	Tipo cirugía		%
---------------------	--------------	--	---

N°		A	B	C	D	Total	
1	Cesárea	0	0	1080	0	1080	10.42
2	Laparotomía exploradora c/s biopsia	0	609	0	0	609	5.88
3	Entero lisis, liberación de adherencias intestinales	0	591	0	0	591	5.70
4	Apendicetomía	0	0	314	0	314	3.03
5	Técnica de facoemulsificación, con aspiración	242	0	0	0	242	2.33
6	Extracción de catarata extra capsular con inserción	0	219	0	0	219	2.11
7	Histerorrafia por ruptura uterina	0	0	199	0	199	1.92
8	Extracción de catarata extra capsular con inserción	182	0	0	0	182	1.76
9	Tratamiento cruento fractura intertro-, petro	149	0	0	0	149	1.44
10	Infiltración articular para artrografía cadera	0	0	146	0	146	1.41
11	Laparotomía exploradora c/s biopsia	0	0	143	0	143	1.38
12	Quimioterapia intratecal	0	0	130	0	130	1.25
13	Colecistectomía laparoscópica con col angiografía	0	126	0	0	126	1.22
14	Inserción de lente intraocular no asociado c/r	0	126	0	0	126	1.22
15	Laparoscopia quirúrgica con biopsia una/mult.	0	120	0	0	120	1.16
16	Colecistectomía laparoscópica	0	119	0	0	119	1.15
17	Limpieza quirúrgica	115	0	0	0	115	1.11
18	Escisión de piel, tejido celular subcutáneo,	0	0	111	0	111	1.07
19	Colecistectomía	0	111	0	0	111	1.07
20	Ligadura de vena safena	0	0	110	0	110	1.06
21	Prostatectomía perineal radical/ biopsia gang.	0	108	0	0	108	1.04
22	Colecistectomía con colangiografía	0	0	107	0	107	1.03
23	Histerect. Abdominal total c/s salping/oforec.	0	102	0	0	102	0.98
24	Laparoscopia quirúrgica con entero lisis	0	99	0	0	99	0.96
25	Artroplastia, rodilla, cóndilo y platillo, medial	99	0	0	0	99	0.96
26	Laparotomía para clasificación o reclasificac.	96	0	0	0	96	0.93
27	Esfinterotomía o esfinteroplastia t/duodenal	0	80	0	0	80	0.77
28	Creación de fistula AV, con injerto autólogo	0	0	78	0	78	0.75
29	Ligadura de vena safena corta o larga	0	0	67	0	67	0.65
30	Tiroidectomía total	67	0	0	0	67	0.65
	Sub total	950	2517	2378	0	5845	56.39
	Otros	926	1652	1759	183	4520	43.61
	Total general	1876	4169	4137	183	10365	100

Fuente: Oficina Inteligencia Sanitaria - Estadística. HBAAA –Essalud-2014.

En el cuadro N° 04 se aprecian las diez intervenciones quirúrgicas más frecuentes, que explican el 56.39 % de la morbilidad quirúrgica (anexo, gráfico

Nº 3). Sin embargo, la primera causa de morbilidad corresponde a cesárea que es de tipo C; seguida de laparotomía y entero lisis de tipo B y apendicetomía que es de tipo C. Las intervenciones quirúrgicas tipo C corresponden a hospitales de segundo nivel, de acuerdo a lo establecido en los Lineamientos de Programación de Prestaciones de Salud¹³ considerados por EsSalud siendo: la de tipo A (Cirugía Mayor de Alta Complejidad), tipo B (Cirugía Mayor de Mediana Complejidad, tipo C (Cirugía Mayor de Baja complejidad), tipo D (Cirugía Menor de Alto Requerimiento) y tipo E (Cirugía Menor de Bajo Requerimiento).

Este desplazamiento de intervenciones, influyen significativamente en la demanda de camas, para cirugías de mayor complejidad, personal e insumos; problemas que diariamente verifica la enfermera supervisora y debe resolver con efectividad, en bien del paciente, en cada uno de los servicios que ofertan atención especializada.

Cada uno de los servicios, tiene ubicación propia, camas en número que obedecen a la demanda y el presupuesto asignado, sin embargo más de uno de ellos ha rebasado la oferta, ocasionando situaciones, análogas a “encargo” de pacientes en servicios distintos a la especialidad, que se requiere para el tratamiento del paciente, lo cual conlleva a: limitaciones para la visita médica, la prescripción oportuna de tratamiento, y a veces postergación en exámenes de Imagenología, o laboratorio, lo cual ocasiona, en más de una oportunidad, el reclamo o insatisfacción manifiesta por el paciente, que no siempre se registra en el cuaderno de reclamaciones, pero si se realiza de manera verbal, a través de la queja. Las características de los servicios se describen en cuadro Nº5

Cuadro Nº 5

**UBICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA
ÁREA ESPECIALIZADA HBAAA- 2015**

Piso	Servicios				
5	Urología (16 camas) Nefrología (8 camas) Trasplante Renal (2 camas)			Oncología (15 camas) Hematología adulto (7 camas) Endocrinología (1 camas) Dermatología (1 cama) Trasplante Médula Ósea (3 camas)	
4	Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) 8 camas	Ginecología (12 camas) Cirugía Plástica (4 camas)	Obstetricia (24 camas)	Neonatología UCI Neonatal (4 incubadoras) UCIN 1 (9 incubadoras) UCIN 2 (18 cunas)	
3	Traumatología y Ortopedia (30 camas)	Cirugía General (30 camas)		Anestesiología y Centro quirúrgico (5 Salas Operaciones y una sala de recuperación post anestésica con 7 camillas de recuperación)	
2	Tórax (12 camas) Cardiología (11 camas) Otorrinolaringología (5 camas) UTIC (5) Hemodinamia (1 sala)	Neurocirugía (20 camas) Cabeza y Cuello (4 Camas) Oftalmología (4 Camas)	Unidad Cuidados Intensivos (10 camas)	Medicina Interna (29 camas) UCEMIN (6 camas)	Pediatría (18 camas) Cirugía Pediátrica (10 camas)
1	Emergencia: 5 salas de observación (Varones, mujeres, pediatría, obstetricia y mixto), 3 tópicos, 1 sala de trauma shock.		Atención ambulatoria (46 consultorios externos, 8 tópicos de procedimientos, Radiología e Imagenología)		
Sótano	Central de Esterilización		Cirugía de Día (1 sala operaciones, 1 sala procedimientos y 1 sala recuperación con 4 camillas) Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética, Ecografía, Mamografía, Quimioterapia.		

Fuente: Datos del Departamento de Enfermería-HBAAA-EsSalud. 2015. Diagramación de la autora

Cuadro N° 6

**UBICACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA EN ÁREA
BÁSICA
HBAAA – 2015**

Servicios			
Psiquiatría (16 camas)	Hemodiálisis (12 unidades)	Hematología Pediátrica (10 camas)	Programas y Estrategias sanitarias (Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, VIH/Sida, Control de Tuberculosis)
Neurología (13 camas)	Neumología (14 camas)	Gastroenterología (15 camas) Unidad de Hígado (2 camas) Endoscopías (2 salas)	Geriatría (20 camas)

Fuente: Datos del Departamento de Enfermería-HBAAA-EsSalud. 2015. Diagramación de la autora

Los cuadros N° 5, y 6 muestran la ubicación de los servicios de atención hospitalaria, en el área que se considera especializada. El servicio de emergencia es un punto crítico, pues la demanda supera largamente la oferta; por ser referencial sin embargo no cuenta con el equipamiento, mobiliario e infraestructura que permita una atención libre de riesgos. El diseño arquitectónico es vertical a diferencia del área básica que es horizontal; esta área es conocida como área antigua, en el los diferentes servicios instalados no tienen las condiciones que puedan garantizar la seguridad del pacientes (pisos desnivelados, no cuentan con oxígeno empotrado, ambientes con pintado deteriorado, entre otros).

Este tipo de área hospitalaria (horizontal), es hoy por hoy conocida en el mundo de la arquitectura hospitalaria, como un nuevo modelo en el diseño de hospitales; ya que en la actualidad los hospitales se plantean como "estructuras más abiertas y para permitir un crecimiento más fácil", en el caso de que sea necesario incorporar nuevas instalaciones¹⁴. Por otro lado, el recorrido de supervisión, en el HBAAA, supera los mil metros cuadrados, para lo cual una sola supervisora por turno es insuficiente.

El recorrido de supervisión, permite monitorear las intervenciones de enfermería, detectar limitaciones, y prevenir errores, en perjuicio de la integridad del paciente, es así que durante el, muchas veces la enfermera supervisora, realiza la capacitación in situ, sobre procedimientos nuevos para

el personal de turno, o colabora con su experticia, para resolver limitaciones en los procedimientos, siendo el más común, la canalización de vías periféricas; en lo referente al aspecto admirativo, resuelve oportunamente las quejas de los pacientes o sus familiares, detecta las limitaciones en la provisión de material e insumos, viabilizando la solución en el menor tiempo posible, logrando una relación armónica, favorable para la eficiencia del cuidado.

La emergencia médica y/o quirúrgica, es una condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o puede dejar secuelas invalidantes en el paciente, corresponden a pacientes con daños calificados como prioridad I y II¹⁵. Las atenciones de emergencias en el Perú enfrentan, desde hace muchos años, una problemática asociada a diversos factores. En principio, una demanda creciente, con alto número de consultas que no corresponden a urgencias, un importante componente de atenciones de emergencia que registran diagnósticos sintomáticos, principalmente a partir de síndromes febriles y síndromes dolorosos abdominales, sin mayor especificación diagnóstica. De esto se desprende la necesidad de ajustes a la organización de los servicios que favorezcan el trabajo en red y aumenten la capacidad resolutive de los servicios y redes.¹¹, situación análoga a la que se muestra en el cuadro N° 7-

Cuadro N° 7

PERFIL DE ATENCIONES EN EMERGENCIA (DEMANDA) 30 PRIMEROS DIAGNÓSTICOS. HBAAA – CHICLAYO, 2014

N°	Descripción	Total	%	Acum.
1	Otros dolores abdominales y los no especificados	2572	4.78	4.78

2	Faringitis aguda, no especificada	2407	4.47	9.25
3	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2217	4.12	13.37
4	Fiebre, no especificada	1933	3.59	16.97
5	Hipertensión esencial (primaria)	13.06	2.43	19.39
6	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1268	2.36	21.75
7	Enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte	1179	2.19	23.94
8	Cefalea	1029	1.91	25.86
9	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	962	1.79	27.64
10	Lumbago no especificado	950	1.77	29.41
11	Estado asmático	897	1.67	31.08
12	Nausea y vomito	806	1.50	32.57
13	Traumatismo intracraneal, no especificado	779	1.45	34.02
14	Bronquitis aguda, no especificada	644	1.20	35.22
15	Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico	540	1.00	36.22
16	Urticaria, no especificada	528	0.98	37.20
17	Insuficiencia renal terminal	521	0.97	38.17
18	Dolor ocular	516	0.96	39.13
19	Hemorragia gastrointestinal, no especificada	428	0.80	39.93
20	Dolor en el pecho, no especificado	421	0.78	40.71
21	Supervisión de embarazo con otro riesgo en la historia obstétrica o reproductiva	402	0.75	41.46
22	Diabetes mellitus, no especificada, sin mención de complicación	396	0.74	42.19
23	otros cuidados especificados posteriores a la cirugía	364	0.68	42.87
24	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	343	0.63	43.08
25	Fractura de la epífisis inferior del radio	339	0.62	43.71
26	Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	323	0.59	44.30
27	Trastorno de ansiedad, no especificado	320	0.59	44.89
28	Neumonía, no especificada	291	0.54	45.42
29	Apendicitis aguda, no especificada	287	0.53	45.95
30	Retención de orina	279	0.51	46.47
	Total general	5433	100	
		4		

Fuente: Oficina Inteligencia Sanitaria - Estadística. HBAAA –EsSalud-2014

Por otro lado la septicemia y las infecciones nosocomiales, se sitúan como primeras causas de muerte en el HNAA. (Cuadro N° 8),

Cuadro N° 8

MORTALIDAD HOSPITALARIA POR CAUSA FINAL Y SEXO

**HOSPITAL BASE ALMANZOR AGUINAGA ASENJO – CHICLAYO,
2014**

N°	Causas	Sexo		Total	%
		Femenino	Masculino		
1	Septicemia, no especificada	222	254	476	36.53
2	Infección nosocomial	38	64	102	7.83
3	Muerte sin asistencia	29	48	77	5.91
4	Acidosis	15	27	42	3.22
5	Neumonía, no especificada	15	26	41	3.15
6	Choque hipovolémico	18	16	34	2.61
7	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	15	19	34	2.61
8	Neumonitis debida a aspiración de alimento o vomito	11	20	31	2.38
9	Lesión cerebral anóxica, no clasificada en otra parte	15	13	28	2.15
10	Choque cardiogénico	12	15	27	2.07
11	Compresión del encéfalo	10	15	25	1.92
12	Derrame pleural no clasificado en otra parte	10	6	16	1.23
13	Hemorragia intra encefálica, no especificada	12	4	16	1.23
14	Peritonitis aguda	7	8	15	1.15
15	Tumor maligno de sitios no especificados	4	9	13	1
16	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	7	5	12	0.92
17	Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación	4	8	12	0.92
18	Otros trastornos del equilibrio de los electrolitos y de los líquidos, no clasificados en otra parte	7	4	11	0.84
19	Anemia post hemorrágica aguda	3	8	11	0.84
20	Otras formas de choque	6	4	10	0.77
21	Hemorragia sub aracnoidea, no especificada	4	6	10	0.77
22	Hipoxia intrauterina, no especificada	6	3	9	0.69
23	Insuficiencia hepática, no especificada	4	5	9	0.69
24	Infarto cerebral, no especificado	5	4	9	0.69
	Sub total	499	609	1108	85.03
	Otros diagnósticos	61	53	114	14.97
	Total	560	662	1222	100.0

Fuente: Oficina Inteligencia Sanitaria - Estadística. HBAAA –EsSalud-2014.

Es frecuente observar que la causa final de mortalidad es la septicemia no especificada, enfermedad que aparece cuando la respuesta del organismo a la infección daña a sus propios órganos y tejidos y puede desembocar en shock, el fracaso de múltiples órganos y la muerte, particularmente si no es diagnosticada y tratada rápidamente¹⁶. Esta situación muchas veces es generada por la alta

demanda de pacientes que deben ser atendidos en hospitales de menor complejidad, para atención oportuna de quienes lo requieren.

Cabe resaltar que las IIH, tiene alta significancia, para el paciente, retraso en su recuperación, como la institución de salud, por el incremento de los costos hospitalarios; ya que el tratamiento y la atención de cientos de millones de pacientes en todo el mundo se complican a causa de infecciones contraídas durante la asistencia hospitalaria, constituyendo un problema importante de seguridad del paciente, estas se producen por numerosas causas relacionadas tanto con los sistemas y procesos de la prestación de la atención sanitaria como con comportamientos individuales¹³, del personal, labor que la supervisora debe monitorizar para garantizar la calidad de las intervenciones de enfermería y así poder disminuir este porcentaje (7 83 %)

La demanda hospitalaria, atendida por personal altamente especializado se muestra en el siguiente cuadro, (Nº9) expresada en paciente día:

Cuadro N ° 9

PACIENTE DÍA HOSPITALIZACIÓN HNAAA-2014

DÍA HOSPITALIZACIÓN	Nº
Paciente Día Hospitalización General	98,848
Paciente Día Hospitalización UCI	2,856
Paciente Día UCIN	2,125
TOTAL DE PACIENTES DIA	103,829

Fuente: Oficina de Estadística Red Asistencial Lambayeque.

Paciente día es un indicador de gestión que indica el número de pacientes que han recibido atención en el día, sumados los pacientes atendidos de todos los días del mes, también se le denomina cama ocupada, y es un elemento fundamental para el cálculo del porcentaje ocupacional, cuyo estándar es de 90 %⁹. El HNAAA, generalmente supera el 95 % de su capacidad ocupacional, sobre

todo los servicios de Emergencia, UCI, UCIN, tiene una alta demanda que genera una intensa insatisfacción en los usuarios y también en el personal, por que el personal no corresponde a la realidad de la demanda, que esta dada no solo la cantidad de enfermeras por paciente (horas enfermera) sino por la situación real de dependencia de los pacientes, que hacen que este índice de atención sea, por debajo de lo necesario, para garantizar un cuidado de calidad técnico-científico y humana.

2.2.1.2 INDICADORES DE SALUD.

Cuadro N° 10

INDICADORES DE SALUD Y GESTIÓN HOSPITALARIA HNAAA- CHICLAYO, 2013-2014

Indicadores	Año 2013	Año 2014	Estándar
Tasa mortalidad bruta	3.2%	5%	4 %
Tasa mortalidad neta	4.2%	5%	3 %
Promedio permanencia	7.5	8.0	9
Intervalo sustitución	0.5	0.8	1
Porcentaje ocupación	94%	90%	90 %
Rendimiento cama	3.4	3.2	3
% Pacientes nuevos por consulta	5%	5%	25 %
% Consultas a pacientes referidos	93%	93%	100 %
Utilización de los consultorios físicos	1.2%	1.1%	2.5 %
% Operaciones altamente especializadas complejas	18%	18%	30 %
% Operaciones altamente Especializ. Mediana complejidad	38%	40%	40%
% Operaciones mayores	40%	40%	25%
% Operaciones menores	3%	2%	5%
% Cesáreas	66.8%	66%	< 45%
% Operaciones de emergencia	26%	40%	5%
% Operaciones suspendidas	2.6%	3%	< 5%
% Complicaciones intrahospitalarias	1%	2%	7%
% Complicaciones Intrahospitalarias infecciosas	1%	2%	6%

Fuente: Oficina Inteligencia Sanitaria, Estadística. HBAAA –EsSalud-2014.

En el cuadro N°10, refiere los indicadores de salud y gestión hospitalaria, observándose que la tasa de mortalidad bruta y neta, en el 2014, es mayor al estándar, implicando la seguridad del paciente, pues éstos cada vez son más vulnerables a los procesos infecciosos porque presentan enfermedades cada vez más graves, aunados a otros factores como: altos niveles de ocupación de camas hospitalarias, traslados frecuentes, falta de medicamentos, etc. Las operaciones

altamente especializadas permanecen en el 18%, las operaciones mayores llegan al 40% de ejecución, las cesáreas y las operaciones de emergencia superan altamente el 45 % y 5 % del estándar respectivo, lo cual puede perturbar la programación electiva, dependiendo de la capacidad de gestión hospitalaria de los gestores, ya que esta tiene por finalidad promover el proceso metodológico que logre el análisis y estrategias para una adecuada gestión de los recursos hospitalarios, mediante la óptima evaluación y valoración de los procesos administrativos asistenciales, el uso racional de los recursos y cumplimiento de resultados, bajo criterios de calidad y oportunidad¹⁷, que verifica la supervisora.

CUADRO N° 11
INDICADORES DE SALUD EN EMERGENCIA - UCI - UCIN
HNAAA CHICLAYO, 2014

Indicador	2013	2014	Estándar
% Emergencias reales	54%	60.2	15%
Promedio permanencia sala observación (horas)	25.1	33	< 24 horas
% Prioridad IV	0	0.3	5%
% Prioridad I y II	54%	60%	35%
% Ocupación UCI	100%	100%	90%
Promedio permanencia en UCI	8,3	7.7	6 días
Intervalo de sustitución en UCI	0	0	1
Promedio permanencia en UCIN	11,7	7.9	6.5 días
Intervalo de sustitución en UCIN	1,43	1.36	1
% Ocupación UCIN	100%	90%	90%

Fuente: Oficina Inteligencia Sanitaria, Estadística. HBAAA –EsSalud-2014.

El cuadro N° 11, muestra que las emergencias reales (60,2 %) es alta con relación al estándar y probablemente esté presente la situación porque el sistema triage no es permanente, desconocimiento del usuario de su zona de atención, atención médica con poca experiencia en los órganos desconcentrados; en cuanto a las prioridades I y II en el servicio de emergencia, se mantiene elevado en 60 %, por las mismas causas, dado a que se atienden pacientes con daños calificados como una condición repentina o inesperada,

que requiere atención inmediata, al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente¹⁸; esta alta demanda del servicio de emergencia se podría mejorar, si la Red de servicios de emergencia se interconectarán por redes, comunicación oportuna, y se establezca una relación funcional con el servicio de mayor capacidad de resolución en emergencias, a fin de asegurar la atención progresiva al paciente en situación de emergencia¹⁸, implantando en cada institución de salud, de acuerdo a nivel lo que puede y debe resolver.

Con relación al promedio de permanencia en UCI y UCIN se mantiene por encima del estándar, por la alta demanda de pacientes y el impedimento de ser trasladados a servicios generales, lo cual sobrepasa su capacidad, exponiéndolos a infecciones nosocomiales sobre agregadas, siendo la causa mas frecuente, la necesidad de apoyo ventilatorio, cuyas unidades no son disponibles en los servicios generales.

No es menos importante analizar el intervalo de sustitución en UCI, que sobrepasa largamente el estándar, lo cual de alguna manera puede, dada la alta demanda, interponerse con los procesos de desinfección concurrente y final, esta garantía, es atribuible a la intervención de la enfermera supervisora, gestionando la oportuna transferencia de los pacientes que se admiten en UCI, facilitando insumos, para que sin premuras y de manera segura, el paciente critico que requiere hospitalización en UCI, se admitido con todas las garantías de seguridad.

2.2.1.3 PRODUCCIÓN DEL SERVICIO-

**CUADRO N° 12
PRODUCCIÓN ADMINISTRATIVA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA HNAAA CHICLAYO, 2014**

TIPO DE INTERVENCIONES	
Administrativa	765
Reuniones de Gestión con Gerencia	10
Reuniones de Gestión con Enfermeras Supervisoras	12
Reuniones de Gestión con jefaturas Enfermería	19

Actualización de Manuales	02
Evaluación Procesos selección personal enfermería	04
Evaluación comité adquisición material	10
Selección ingreso Enfermeras	02
Selección ingreso Técnico Enfermería	02
Selección Ingreso Internos Enfermería	02
Participación comisiones (aniversario, campañas salud)	06
Asesoría a los servicios	88
Revisión y evaluación n roles de trabajo servicios enfermería	284
Informes mensuales (Absentismo, camas inoperativas, EA, grados dependencia, indicadores seguridad, verificaciones)	72
Rondas a servicios asistenciales	570
Listas chequeo	240
Trabajo de comités (Científico, Tec. Administrativo, ética, social, calidad y seguridad, mejoramiento continuo)	15
Docencia	72
Educación continua (Personal asistencial enfermería)	01
Educación continua (Supervisoras y jefas servicio)	01
Cursos talleres (Autoestima, Registros Enfermería, Investigación, Ética, Bioseguridad hospitalaria)	05
Curso a familiar acompañante (Servicio Geriatria)	02
Charlas sensibilización Directivas Prácticas Seguras	60
Taller lavado de manos	02
III Jornada Nacional prevención UPP	01
Investigación	28
Proyecto de mejora continua de la calidad (Con Resolución)	02
Eventos adversos (Estudio de casos notificados)	09
Procesamiento y análisis de Rondas seguridad	18

Fuente: Departamento de Enfermería, Oficina Capacitación-HBAAA-2014

En el cuadro N° 12, se observa que la producción de actividades administrativas, son las de mayor incidencia destaca las rondas de enfermería por la profesional en mención, quien verifica la calidad de atención y además aplica las listas de chequeo relacionadas a la prevención de úlceras por presión, administración correcta de medicamentos, identificación correcta y prevención de caídas, que caracterizan una gestión de riesgos, así mismo la revisión de roles de trabajo del personal de enfermería, como asesora de servicios asignados, con la finalidad de cubrir los turnos de manera óptima, para garantizar la seguridad del paciente, prevenir riesgos, además que estos

se ciñan a las normas establecidas y a un sentido de equidad entre todo el personal.

La actividad docente esta fortalecida por sesiones informativas y de capacitación continua, sin embargo la actividad Investigativa, no está muy fortalecida, estas actividades son mejoradas con charlas de prácticas seguras, lo cual no desmerece su gestión, toda vez que la supervisión la ejercen como función de personal, altamente capacitado y calificado, conocedor del trabajo que realiza, responsable de aplicar medidas correctivas oportunas para el logro de los objetivos, es líder por naturaleza, experta en manejo de conflictos y altamente creativa¹⁹. Lo cual se asume en el momento oportuno, por ello debe destacar su capacidad crítica para priorizar lo que es de mayor demanda, en relación a la garantía del cuidado seguro, esa es una responsabilidad directa de la enfermera supervisora.

Por otro lado, la función supervisora, no solo atañe a los servicios de hospitalización, sino también los ambulatorios, en donde se realizan actividades propias de enfermería, como CRED, y otros servicios relevantes para el paciente y que implícitamente conllevan riesgos como Inmunizaciones, Servicio de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal, Quimioterapia, y otros, cuya producción orienta las intervenciones de la enfermera supervisora, y se consolidan en el cuadro N° 13

Cuadro N° 13

PRODUCCIÓN ASISTENCIAL AMBULATORIA DEPARTAMENTO ENFERMERÍA HNAAA - CHICLAYO, 2013-2014

Atenciones Enfermería	Año 2013	Año 2014
Control crecimiento y desarrollo (CRED)	3448	2,995
Inmunizaciones	12651	10,618
Inmunización al Trabajador	65	89
Atención ambulatoria Enfermería	79168	53539
Educación grupal	285	389
Visita domiciliaria	53	39
Sesiones de Hemodiálisis	19680	19215

Pacientes Atendidos Hemodiálisis	1849	368
Sesiones Diálisis peritoneal	54306	56854
Pacientes atendidos Diálisis peritoneal	2127	2094
Quimioterapia	10358	9,089
Tratamiento pacientes drogo resistentes	135	196
Tratamiento de Hospital de día	3681	4,944
Control Post Hospitalario Enfermera (domicilio)	2162	1601
Transfusión de Hemocomponentes	15223	15817
Soporte Nutrición Enteral Total	762	2706
Soporte Nutrición parenteral periférica	1304	1338
Entrevista al Donante	8503	9371
Tópico Enfermería	5875	7577
Inyectables	3681	3716
Audiometría	1352	1355
Espirometría	575	966
Trasplante renal	11	13
Trasplante de córnea	17	16
Trasplante médula ósea autóloga	07	13
Participación en intervenciones quirúrgicas programadas	9456	6364
Participación en intervenciones quirúrgicas de Emergencia	3232	4001
Paciente día	131239	130335

Fuente: Estadística. HBAAA –EsSalud-2013-14.

El cuadro N° 13, muestra el incremento de las intervenciones de enfermería ambulatoria, así las sesiones de diálisis peritoneal en casi 2500 sesiones, el tópico de enfermería asciende a 7577, inyectables totaliza 3716, las transfusiones ambulatorias de hemoderivados se incrementan en casi el 5%. Las sesiones de quimioterapia y Hemodiálisis mantienen su demanda con poca variación, las actividades referentes a actividades finales de la enfermera, en la que actúa con autonomía como entrevista al donante, se incrementan en casi el 105 así como las atenciones en el tópico de enfermería.

El análisis del cuadro de producción, también señala que el desabastecimiento de vacunas, se refleja en una baja considerable de la

cobertura, estas actividades que se desarrollan en un hospital Nivel III dan cuenta de lo que dice el CIE (1996), el Enfermero es un profesional que ha adquirido competencia científica y técnica no solo para dar cuidado al individuo enfermo y ayudar a su contexto familiar mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal; sino que también está capacitado para aplicar estrategias y cuidados de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en los tres niveles de atención promoviendo el autocuidado a través de la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano²⁰.

Siendo que estas actividades de enfermería estas ligadas a las actividades finales y autónomas, de la enfermera, es muy importante que sean vigiladas de manera cercana por la supervisora, de tal manera que estas puedan darse en el marco de la mayor seguridad para el paciente, para lo cual su intervención es estratégica, sobre todo respetando y haciendo respetar la dotación de personal, normada por la institución, y valorada por la enfermera supervisora en el lugar de los hechos; así esta dotación es descrita en estándares que se evidencian en el cuadro N° 14.

CUADRO N° 14

ESTÁNDARES DE RENDIMIENTO LABORAL DEL LICENCIADO (A) DE ENFERMERÍA. ESSALUD

Actividades ¹ Licenciado (a) Enfermero (a)	Unidad de medida	Nivel de atención
		Tercer nivel
Cuidados de Enfermería en Hospitalización	Pacientes por Enfermera	14 pacientes por Enfermera
Cuidados de Enfermería al Recién Nacido inmediato	Recién nacido por Enfermera	1 RN por hora
Cuidados de Enfermería en Cuidados Intensivos	Paciente por Enfermera	2 Pacientes por Enfermera
Cuidados de Enfermería en Cuidados Intermedio	Paciente por Enfermera	5 Pacientes por Enfermera

Cuidados de Enfermería en Trauma Shock	Paciente por Enfermera	2 Pacientes por Enfermera
Cuidados de Enfermería en sala de observación	Paciente por Enfermera	12 Pacientes por Enfermera
Instrumentación Cirugía mayor alta complejidad (A)	Intervención Quirúrgica (IQ)	0.25 IQ x hora
Instrumentación Cirugía mayor de mediana complejidad (B)	Intervención Quirúrgica (IQ)	0.4 IQ x hora
Instrumentación Cirugía mayor de baja complejidad (C)	Intervención Quirúrgica (IQ)	0.57 IQ x hora
Instrumentación Cirugía menor de alto requerimiento (D)	Intervención Quirúrgica (IQ)	0.8 IQ x hora
Intervención en Cirugía de Emergencia	Intervención Quirúrgica (IQ)	2 Enf. x SOP x 24 hrs.
Intervención quirúrgica con Circulación Extracorpórea	Intervención Quirúrgica (IQ)	2 Enf. x IQ
Cuidados Enfermería en sala Recuperación Post Quirúrgica	Atención	5 pactes. x Enfermera
Atención domiciliaria	Visita	1 Visita por hora
Atención Enfermería tóxico Cons. Ext.	Atención	8 Atenciones por hora
Radiología Intervencionista/Hemodinámica	Procedimiento	1 Procedimiento por hora
Tomografía/Resonancia Magnética /Radiología x contraste	Procedimiento	8 Procedimientos por hora
Hemodiálisis	Sesión	0.5 sesión por hora

Fuente: Resolución N° 001-OCPD-EsSalud-2013. Oficina Central Planificación y Desarrollo

En el cuadro N° 14, de estándares, se aprecia los parámetros establecidos para el desempeño del profesional de enfermería, estos, se está aplicando en el HBAAA y por ende, garantizan la calidad del cuidado Enfermero. Cabe resaltar que el servicio de emergencia, es el más afectado en el cumplimiento de los estándares propuestos, con alto riesgo en la seguridad del paciente y del personal, en ese sentido, sobre todo porque la seguridad de los pacientes ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, quienes desean sentirse seguros y confiados con los cuidados sanitarios recibidos, como también, para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria efectiva y eficiente.

Así pues la seguridad de la asistencia clínica es uno de los principales componentes de la calidad asistencial, sin embargo la complejidad creciente de los sistemas sanitarios y por ende de la práctica clínica ha pasado de

abordajes simples, poco efectivos y relativamente seguros a un panorama actual, donde la asistencia es muy complicada, efectiva pero potencialmente peligrosa²¹, este riesgo lo gestiona la enfermera supervisora para minimizarlo y garantizar un cuidado de calidad y humano.

En las actividades de enfermería, no solo implican el control y supervisión del personal profesional, también lo es del personal técnico de enfermería, que cumple una importancia labor en la consecución del cuidado de calidad, es propio por tanto que la enfermera supervisora, evalúe estas intervenciones en relación a los estándares de rendimiento establecidos en la institución, y que al igual que con el personal profesional, valore en situ, la efectividad de los mismos, aplicados a sus actividades propias, en los diferentes escenarios en el que se desenvuelve, Medicina, Emergencia, Cirugía, UCI, Neonatología, Centro quirúrgico, Recuperación post quirúrgica, consulta ambulatoria, entre otros; estos estándares se detallan en el cuadro N° 15.

CUADRO N° 15

ESTÁNDARES DE RENDIMIENTO LABORAL DEL TÉCNICO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA- ACTIVIDADES PRINCIPALES ESSALUD

1. Actividades Técnico de Enfermería	2. Unidad medida	3. Nivel de Atención
		4. Tercer nivel
5. Asistencia al paciente y profesional en hospitalización	6. Paciente por Téc. Enferm.	7. 18 pacientes por Téc. Enferm.
8. Asistencia al paciente y profesional en Cuidados Intensivos	9. Paciente por Téc. Enferm.	10. 4 pacientes por Téc. Enferm.
11. Asistencia al paciente y profesional en Cuidados Intermedios	12. Paciente por Téc. Enferm.	13. 6 pacientes por Téc. Enferm.
14. Asistencia al paciente y profesional Recién Nacido Inmediato	15. Partos por Téc. Enferm.	16. 1 parto x hora
17. Asistencia al paciente y profesional en Emergencia	18. Paciente por Téc. Enferm.	19. 12 pacientes x Téc. Enferm.
20. Asistencia al paciente y profesional en Centro Quirúrgico	21. Sala por Téc. Enferm.	22. 2 Salas por Téc. Enferm.
23. Asistencia al paciente y profesional en Recuperación Post Quirúrgica	24. Sala por Téc. Enferm.	25. 1 Téc. Enferm. x N° de Sala

26. Asistencia al paciente y profesional en Consulta Ambulatoria .(Incluye s. proced. ambulatorios)	27. Consultorios por Téc. Enfermería	28. 4 consultorios x Téc. Enfermería
29. Asistencia al paciente y profesional en Tópico de Emergencia	30. Atención	31. 1 Téc. Enferm. en Tópico
32. Quimioterapia. Diálisis peritoneal, Terapia del dolor	33. Turno	34. 1 Téc. Enferm. en Tópico

Fuente: Resolución N° 001-OCPD-ESSALUD-2013. Oficina Central Planificación y Desarrollo

Este cuadro N° 15, muestra los parámetros de desempeño del personal técnico de enfermería, que beneficia al paciente si su dotación responde a las demandas, ya que la dotación actual, obliga al sistema a contar, muchas veces con un técnico para asistir a médicos de cuatro consultorios externos y en el servicio de emergencia, por la demanda existente y la gran movilización a los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, no es suficiente, esto genera riesgos en la atención y en la seguridad de los mismos. Por ello en el hospital, el equipo de enfermería es fundamental para un programa de calidad, debido a la expresiva cantidad de personal y por su actuación directa y permanente con los clientes internos y externos. La enfermería interactúa con todas las áreas de apoyo, con autonomía y corresponsabilidad, por medio de instrumentos de la estructura organizacional, como regimiento interno, organigrama, rutinas, sistemas de comunicación y control²², que la Enfermera Supervisora monitoriza resguardando la seguridad del paciente y el personal de enfermería.

2.2.1.4 POBLACIÓN OBJETIVO A SER ATENDIDA

La población objetivo está en función a la demanda del Hospital, se considera para tal fin que la Red Asistencial de Lambayeque, (RALA) cuenta con una población asegurada de 356,725²³; por tanto el departamento de enfermería del HBAAA, mediante la dotación de personal idóneo y especializado busca que se logre brindar atención a todas los solicitantes en los 23 servicios de hospitalización, Emergencia, Centro Quirúrgico, Quimioterapia y Diálisis tanto DIPAC como Hemodiálisis. Asimismo se debe indicar, que frente a incidencias o falta de personal, la responsabilidad es asumida por la enfermera Supervisora de turno, quien es informada por la enfermera de turno del servicio, sobre las incidencias ocurridas, con el fin de realizar las intervenciones correspondientes.

Situación aparte es lo concerniente a la atención de quejas, que dada la alta demanda, personal insuficiente, carencia de insumos y accesibilidad a las citas de atención, son constantes; para ello la supervisora monitoriza todos los planes de calidad en el ámbito hospitalario, que tienen en cuenta la satisfacción del paciente, como uno de los principales objetivos a conseguir. Las medidas de los resultados obtenidos de las opiniones de los pacientes permiten tomar decisiones que mejoran la calidad de los cuidados. El usuario, el cliente o el ciudadano, exige más prestaciones y de mejor calidad, especialmente en los servicios dirigidos a las personas. Parejo al concepto de calidad ha hecho su aparición la importancia de hacer su evaluación y las instituciones de salud no han estado ajenas a ello²⁴, siendo una función muy importante de la Enfermera Supervisora, no solo recepcionar las quejas, sino viabilizar su solución, atenuando la insatisfacción del usuario, que merece una atención de calidad y principalmente humana.

Su alcance está determinado por normas institucionales, las mismas que se manifiestan en áreas de intervención, conocidas desde el punto de vista administrativo como cobertura.

2.2.1.5 COBERTURA

La cobertura del departamento de enfermería es para todas las áreas hospitalarias, Emergencia, Centro Quirúrgico y atención por sistema de Consulta Externa, Salas de procedimientos, y Hospitalización de día; está sujeta a la dotación anual de recursos humanos, según el cual se asigna el presupuesto al Departamento de Enfermería, para la contratación de personal profesional y no profesional de enfermería, a este proceso se le denomina Dotación Anual (DA).

La disponibilidad de los recursos humanos a los servicios, está representada por el número de personas que trabajan en un periodo de 24 horas, denominada Dotación Diaria Existente (DDE). Las horas de atención que reciben los usuarios para la satisfacción de sus necesidades determinan el Índice de Atención de Enfermería (IAE), lo cual está en íntima relación a la dotación de personal que se asignan a los servicios y a la calidad de los servicios de enfermería que se prestan.

Es decir, el Departamento de Enfermería, en relación a personal para cubrir los servicios antes mencionados, se encarga de realizar una correcta y adecuada dotación de personal, a los distintos servicios que lo conforman, con el fin de que cada uno de ellos cuente con la cantidad necesaria de recursos humanos, que permitan una adecuada atención a los asegurados y de esta forma conlleven al cumplimiento de los fines trazados no solo por el Departamento de Enfermería, sino también, de la institución en su conjunto. Sin embargo este es un punto álgido, que enfrenta en el cotidiano, ya que algunas veces hay que desplazar al personal de un área a otras, exponiéndolos a riesgos; por ello la Enfermera Supervisora, hace un análisis técnico previo, para proceder al desplazamiento, toda vez que, ella asume la responsabilidad de dicho procedimiento.

2.2.1.6 ATENCIÓN SEGÚN PROGRAMAS

El Departamento de Enfermería a través de las funciones de la Enfermera Supervisora, cubre Programas Preventivo Promocionales, de Asistencia Clínica, en Hospitalización, Quirúrgica y Emergencias, así como de Consulta externa. Para ello el Departamento de Enfermería del HNAAA, programa actividades que están explícitamente orientadas a²⁵:

1. Formular los Planes de Gestión, Actividades y Metas, Capacitación, Inversión y presupuesto del Departamento: acorde con los lineamientos de política institucional y los planes del Hospital, dirigidos a controlar su ejecución y disponer de las medidas necesarias para el logro de los objetivos propuestos.
2. Organizar, dirigir y controlar el desarrollo de las actividades asistenciales y administrativas de los Servicios que integran el Departamento, garantizando una atención con calidad y seguridad a los pacientes; evaluar los resultados alcanzados y adoptar las acciones correctivas que se requieran.
3. Evaluar, determinar y gestionarla provisión de recursos necesarios para el pleno funcionamiento de sus Servicios y administrarlos acorde a la normatividad vigente. Dirigir y controlar la correcta aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y las actividades dependientes como

parte integrante del equipo de salud, en el cuidado de los pacientes asignados en los diferentes servicios especializados.

4. Dirigir, controlar y evaluar las acciones dirigidas a la seguridad del paciente, controlar el correcto registro de las intervenciones de enfermería en la Historia Clínica y demás formularios empleados en la prestación brindada al paciente.
5. Proveer información válida y oportuna de los registros que maneja, que permitan al Hospital contar con los datos estadísticos, epidemiológicos, de costos hospitalarios; gerencial y otros.
6. Dirigir, controlar y evaluar la actualización y cumplimiento de los instrumentos de gestión administrativos y sanitarios del Departamento, así como difundir y controlar el cumplimiento de los dispositivos legales vigentes y la normativa, emitida por la institución.
7. Por último realizar el estudio de la brecha entre la oferta disponible del Departamento y la demanda, presentar las alternativas que conlleven a su adecuación, y hacer seguimiento de su consecución.

2.2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA DEL SERVICIO:

Las necesidades de salud generan cada vez más necesidades de servicios y de recursos, los sistemas de salud presentan una determinada oferta de los mismos, concreta en la atención prestada, estas necesidades según Bradshaw²⁶, pueden ser Necesidades Normativas, Necesidades Sentidas (felt-need), Necesidades Expresadas y Necesidades compartidas, las mismas que la Enfermera Supervisora, va descubriendo en su recorrido de supervisión, el cual realiza a diario, las 24 horas del día, a la vez que resuelve in situ, mediante, asesoría, orientación, capacitación, aprovisionamiento, etc., que permita superar las deficiencias encontradas, haciendo uso de su autoridad y poder de conocimiento, que ostenta por el cargo ganado por concurso público, y por su experticia generada a lo largo de su desempeño profesional.

2.2.2.1 RENDIMIENTO

Existen directivas institucionales, en cuanto al rendimiento de trabajo del personal de enfermería, en el Texto Único Ordenado de la Directiva Gerencia General N° 002-GG-2009 y la Directiva de Gerencia General N° 006-GG-Essalud-2010²⁷ para la Formulación y evaluación del requerimiento de recursos humanos asistenciales en EsSalud, se establecen los estándares de rendimiento laboral de las principales actividades asistenciales del personal profesional, y técnico de enfermería, esta normativa, que no necesariamente es técnicamente aceptable, genera un parámetro de evaluación en relacional estado de dotación de personal en los diferentes servicios, enunciados como estándares de Rendimiento Laboral expuestos en el Cuadro N°16 y 17.

CUADRO N° 16

ESTÁNDARES DE RENDIMIENTO LABORAL DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA HNAAA- 2013

ACTIVIDADES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA	UNIDAD DE ENFERMERIA	TERCER NIVEL
CUIDADOS DE ENFERMERIA	Paciente x Enf	14 pacientes x enfermera
Unidad de cuidados intensivo	Paciente x Enf	2 pacientes x enfermeras
Unidad cuidados intermedios	Paciente x Enf	4 pacientes x enfermeras

Fuente- Portal EsSalud- 2010.

CUADRO N° 17

ESTANDARES DE RENDIMIENTO LABORAL DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL TÉCNICO EN ENFERMERÍA HNAAA-2013

ACTIVIDADES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA	UNIDAD DE ENFERMERIA	TERCER NIVEL
Asistencia	Paciente x Tec. Enf	18 pacientes x Tec. Enfermería.

Fuente- Portal EsSALUD- 2010

Cabe una aclaración pertinente, el personal de enfermería así como el de otros grupos ocupacionales, están regidos por esta directiva; además el personal siendo de una misma institución, pertenecen a diferentes regímenes laborales; aunque en la actualidad, la brecha de beneficios, es muy poca entre uno y otro, crea algún grado de insatisfacción en el personal de los regímenes menos favorecidos como el CAS, que se manifiesta en algunos casos en la desmotivación, para el trabajo, la poca identificación institucional, y la resistencia a asumir otros compromisos que no sean la del cumplimiento de su labor asistencial; la proporción de estos regímenes laborales se evidencia en el cuadro N°18.

CUADRO N° 18

PERSONAL DE ENFERMERÍA POR RÉGIMEN LABORAL HOSPITAL BASE "ALMANZOR AGUINAGA ASENJO" – CHICLAYO, 2014

Grupo ocupac..	Régimen Laboral						Total
	276 (Nombrados)		728 (Contratados Plazo Indeterminado)		CAS (Contrato Administrativo de Servicios)		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Enferm.	155	37	226	55	35	8	416
Téc. Enferm.	201	73	54	19	21	8	276
Total	356	51	280	41	56	8	692

Fuente: Departamento de Enfermería, Oficina de personal-HNAAA-2014

En el cuadro N° 18, se observa que se cuenta con el 55% de enfermeras contratadas, el 72% de técnicos de enfermería nombrados y el 8% de condición

laboral CAS en ambos casos, en este último, la inestabilidad laboral, es un pendiente de formalización hacia el contrato indefinido o nombramiento en el régimen público. Esta situación es una anomalía institucional, tener tres regímenes laborales diferentes, cada uno con distinta normatividad, lo cual viola el principio de igualdad y equidad, garantizado constitucionalmente, la enfermera supervisora en estos casos, establece estrategias para acercar lo más posible a la igualdad, respetando sus derechos como trabajadores y personas.

2.2.2.2 DISTRIBUCIÓN DE HORAS / HOMBRE POR ACTIVIDADES DEL SERVICIO

Las actividades son programadas mensualmente por la enfermera jefe del servicio teniendo en cuenta la cartera de servicios y los programas según los criterios establecidos en la Directiva 002-GG-EsSalud, los mismos que luego son evaluados por la enfermera supervisora del área²⁸ así se tiene :

1.- DEL SERVICIO DE ENFERMERIA

I. La programación asistencial del profesional enfermero es realizada por la enfermera jefe o coordinadora con tres meses de anticipación

II. La (el) Enfermera (o) jefe de servicio programa al personal según los criterios consignados en la carta circular N° 131- GCRH-ESSALUD_2006 en relación a los turnos regulares mencionados en la citada carta circular:

- a) Atención ambulatoria en días laborales, en jornada de 06 horas (turno mañana o tarde)
- b) Hospitalización y áreas críticas, de lunes a sábado

Turno mañana: 6 horas, Turno tarde: 6 horas, Turno noche: 12 horas
La programación de tarde (primer día) mañana y noche (segundo día) son permitidos siempre y cuando se cumpla con los lineamientos de programación así como las normas legales vigentes

- c) Domingos y feriados: turnos diurnos de 06 horas, guardia diurna y/o guardia nocturna, según corresponda.

III. El jefe de servicio de enfermería calcula el requerimiento de horas hombre (personal profesional de enfermería) considerando el número de camas asignadas, el porcentaje de ocupación promedio del servicio y los indicadores sanitarios vigentes

2.- DE LOS TECNICOS DE ENFERMERIA

I.- La programación asistencia del personal técnico de enfermería la realiza la enfermera jefe de servicio o coordinadora

II. La programación asistencial del personal técnico se realiza en jornadas

a) Consulta ambulatoria: en días laborales, en jornadas de 06 horas turno(mañana o tarde)

b) Hospitalización y áreas críticas, de lunes a sábado

Turno mañana: 06 horas, Turno tarde: 06 horas Turno noche 12 horas

c) Domingos y feriados en turnos diurnos de 06 horas guardia diurna y/o guardia nocturna según corresponda

Cuadro Nº 19

ESTIMACIÓN DE BRECHA DE HORAS DE RECURSOS HUMANOS: ENFERMERAS CENTRO ASISTENCIAL: HNAAA-2015

SERVICIOS	Nº Personas en actualidad			Horas disponibles en la actualidad			
	CAP	CAS	Otros *	CAP (A)	CAS (B)	Otros (C)	Total (D) A+B+C
Dpto. Enfermería	7	0	0	1050	0	0	1050
Oncología	11	4	2	1650	600	300	2550
Nefrología/ Trasplante Renal	5	1	1	750	150	150	1050
Urología	5	3	1	750	450	150	1350
Ginecología	5	1	0	750	150	0	900
UCIN	10	1	1	1500	150	150	1800
Neonatología	16	2	4	2400	300	600	3300
Cirugía	12	0	1	1800	0	150	1950
Traumatología	11	1	0	1650	150	0	1800
Centro Quirúrgico	52	2	1	7800	300	150	8250
UCI	28	1	0	4200	150	0	4350
Neurocirugía	11	0	1	1650	0	150	1800

Medicina Interna	15	3	2	2250	450	300	3000
Tórax, Cardiología	16	4	3	2400	600	450	3450
Pediatría	11	1	0	1650	150	0	1800
Emergencia	42	3	2	6300	450	300	7050
Consulta Externa	27	1	4	4050	150	600	4800
Central de Esterilización	9	1	1	1350	150	150	1650
Neurología	6	0	0	900	0	0	900
Geriatría	12	0	0	1800	0	0	1800
Gastroenterología	11	2	0	1650	300	0	1950
Neumología	5	1	1	750	150	150	1050
Psiquiatría	7	0	0	1050	0	0	1050
Hemodiálisis	21	3	1	3150	450	150	3750
TOTAL	355	35	26	53250	5250	3900	62400

Fuente: Departamento de Enfermería HNAAA-2015 (*): Contrato por suplencia de jefatura

En base a esta directiva, se propone el número de enfermeras que deben laborar en cada área; y aunque esta directiva en la práctica no corresponde ni responde a las verdaderas necesidades de personal, con el que la Enfermera Supervisora, debe lidiar en el día a día, se asume como documento normativo, pertinente para el cálculo, que a continuación se expresa en la Tabla N° 19

CUADRO N° 20

ESTIMACIÓN DE BRECHA DE HORAS DE RECURSOS HUMANOS: TECNICOS DE ENFERMERIA CENTRO ASISTENCIAL: HNAAA-2015

SERVICIOS	N° Personas en actualidad			Horas disponibles en la actualidad			
	CAP	CAS	Otros *	CAP (A)	CAS (B)	Otros * (c)	Total (D) A+B+C
Oncología	5	1	0	750	150	0	900
Nefrología Trasplante Renal	0	0	0	0	0	0	0
Urología	5	0	0	750	0	0	750
Ginecología	5	0	0	750	0	0	750
UCIN	4	1	0	600	150	0	750
Neonatología	9	1	0	1350	150	0	1500
Cirugía	7	1	0	1050	150	0	1200
Traumatología	6	0	0	900	0	0	900
Centro Quirúrgico	18	2	0	2700	300	0	3000

UCI	5	1	0	750	150	0	900
Neurocirugía	5	0	0	750	0	0	900
Medicina Interna	6	4	0	900	600	0	1500
Tórax Cardiología	11	0	0	1650	0	0	1650
Pediatría	10	0	0	1500	0	0	1500
Emergencia	32	7	0	4800	1050	0	5850
Consulta Externa	60	0	0	9000	0	0	9000
Central de Esterilización	18	0	0	2700	0	0	2700
Neurología	5	0	0	750	0	0	750
Geriatría	6	0	0	900	0	0	900
Gastroenterología	7	0	0	1050	0	0	1050
Neumología	5	0	0	750	0	0	750
Psiquiatría	6	0	0	900	0	0	900
Hemodiálisis	8	2	0	1200	300	0	1500
Obstetricia	12	1	0	1800	150	0	1950
TOTAL	255	21	0	38250	3150	0	41400

Fuente: Departamento de Enfermería HBAAA-2015

En los cuadros N° 19 y 20 se observa la oferta de los servicios ambulatorios y de hospitalización con profesionales y Técnicos de enfermería del HBAAA que hacen un total de 416 enfermeras y 276 técnicos de enfermería, sin embargo, de acuerdo a la directiva el cálculo sería el siguiente:

CUADRO N° 21
RESUMEN ESTIMACIÓN BRECHA DE HORAS RECURSOS
HUMANOS DPTO ENFERMERÍA CENTRO ASISTENCIAL: HBAAA.
R.A.L. AÑO: 2015

DPTO ENFERMERÍA	PERSONAS EN ACTUALIDAD			HORAS DISPONIBLES EN ACTUALIDAD				HORAS REQUERID AS.	BRECH A HORAS
	CAP	CAS	OT RO	CAP (A)	CAS (B)	OTRO (C)	TOTAL (D=A+B +C)	PROVIENE FORMATO 2	(d)-(b)
ENFERMER AS	355	33	28	5325 0	495 0	4200	62400	66210	-3810 B=25
TÉCNICO ENFERMERÍ A	255	21	0	3825 0	315 0	0	41400	51164	-10764 B= 72

Fuente: Departamento de Enfermería HBAAA. EsSalud. 2015

El cuadro N° 21, indica la brecha, en la dotación de personal de enfermería en el HBAAA, está tiene un déficit de 25 enfermeras y 72 técnicos de enfermería, se recalca que dicha directiva no se ajusta a las necesidades reales, ni concuerdan con los parámetros establecidos por el CEP. Esta situación, implica para la Enfermera Supervisora, el punto más álgido de su gestión, muchas veces la obliga al desplazamiento del personal, con la consabida insatisfacción del personal, a veces, se cubren los faltantes con horas extras, agotando al personal; lo expuesto es una evidencia de que la Enfermera Supervisora, conlleva la responsabilidad de la calidad del cuidado enfermero a cada paciente, para lograr la pronta recuperación de su salud, considerando su nivel de complejidad y condiciones de sus pacientes, de tal manera que puede definir, cuánto personal requiere para su atención, y proporcionar un cuidado con calidad²⁹.

2.2.2.3 CONSULTA AMBULATORIA Y HOSPITALIZACIÓN, SEGÚN AREA DE COMPETENCIA

El trabajo de la enfermera supervisora se da en todas las áreas, (hospitalización, consulta externa y servicios de atención ambulatoria para procedimientos), este trabajo se enmarca y responde a las características de la gerencia actual, en el concepto de salud que tengan sus gestores en pro de los objetivos institucionales, logrando cooperación voluntaria y comprometida de todo su entorno laboral; en este sentido ella representa al profesional encargado de encaminar estos esfuerzos, a través de su capacidad para orientar, dirigir, tomar decisiones, para lograr resultados favorables para el paciente y trabajador, por ello tiene formación académica de enfermería, del proceso administrativo, de la concepción actual de la persona, que le permiten ganar el apoyo efectivo y comprometido, con la misión y visión institucional³⁰; esa pues, es la labor cotidiana de la Enfermera Supervisora, en cualquiera de las áreas del HBAAA, que le toque intervenir

2.2.2.4 ATENCION PREVENTIVA

El Departamento de Enfermería tiene como una de sus principales gestiones la prevención, es por ello que, su esfuerzo está abocado, a través de la supervisión, del monitoreo de las intervenciones de enfermería, sobre todo en el personal de reciente ingreso o aquel que por desplazamiento se inicia en algún especialidad, también utiliza la capacitación continua para fortalecer los procesos de intervención desde los más sencillos (lavado de mano) hasta los más complejos (implantación de catéteres, curación de heridas, procedimientos invasivos de diagnóstico y tratamiento etc.) para el cumplimiento de los estándares de calidad que garanticen la seguridad del paciente y del personal, siempre considerando el contexto en el que se desempeñan los supervisados.

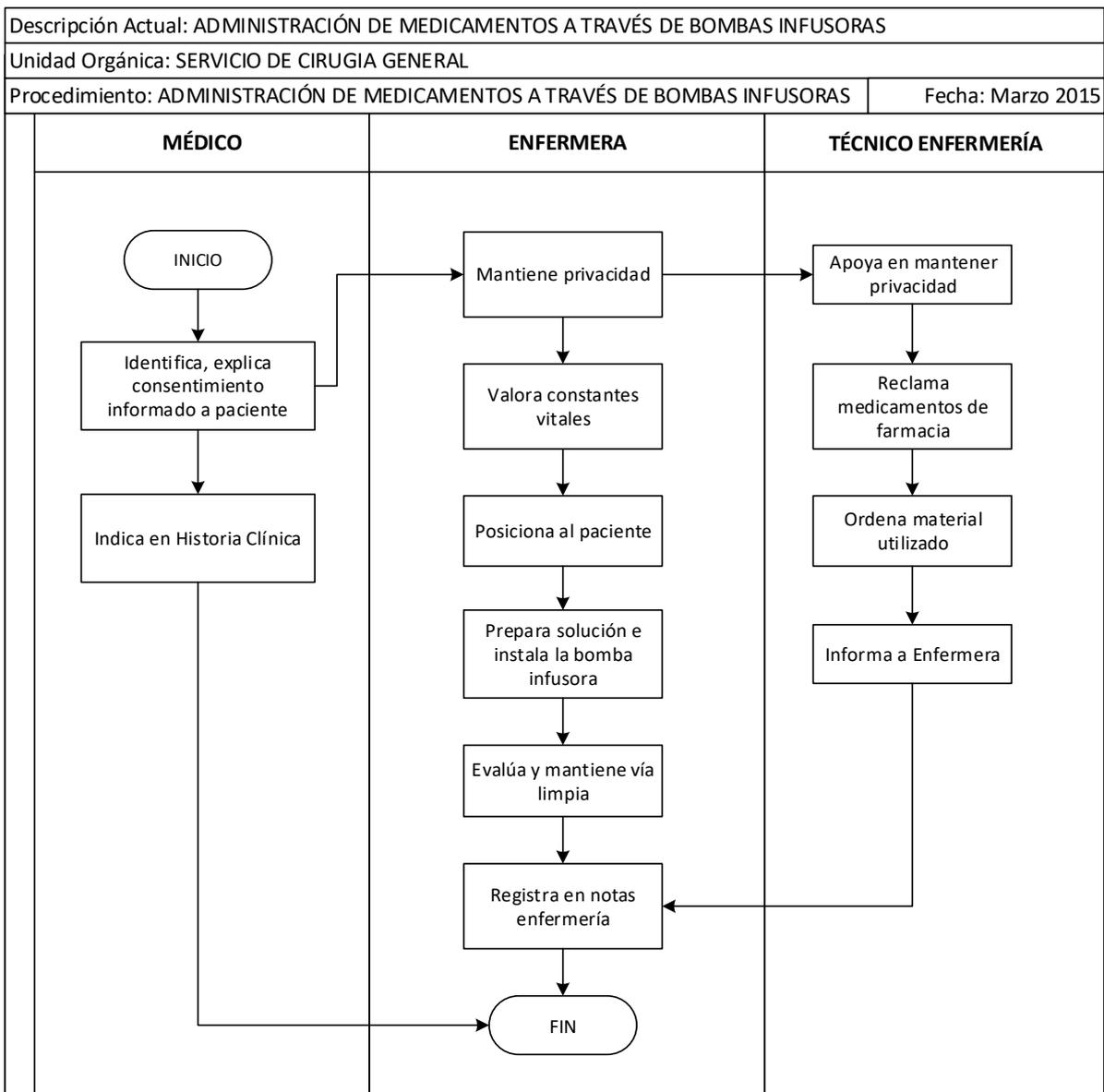
2.2.3. GUIAS DE PROCEDIMIENTO EN ENFERMERIA

Las guías de los procedimientos de enfermería son documentos que garantizan la calidad y la eficiencia de la atención de enfermería, logrando la satisfacción de las necesidades del usuario, reduce los costos de la atención de salud, protege legalmente la práctica profesional, facilita la comunicación de los miembros del equipo de salud, ahora bien para su elaboración debe basarse en investigaciones formadas en evidencias (EBE)³¹, con ello las enfermeras serán y son capaces de tomar decisiones clínicas, usando las mejores pruebas disponibles, sustentadas en la investigación y en su experiencia clínica.

De esta forma, el Manual de Procedimientos (MAPRO³²)³², sistematiza los procedimientos para su ejecución, su cumplimiento y efectividad, siendo una herramienta muy útil e indispensable y de soporte para la práctica clínica para los profesionales de todas las unidades del hospital. Entre sus numerosas ventajas cabe destacar, la reducción en la diversidad inapropiada de la práctica clínica, propiciando una atención más justa y equitativa con efectividad, eficiencia y seguridad a los pacientes. Unifican, así mismo, criterios de actuación que sirven de punto de partida para una evaluación de la calidad del proceso asistencial.

Cabe resaltar que los procedimientos clínicos, son instrumentos de protocolización, que se definen como: una secuencia pormenorizada de acciones que se han de llevar a cabo en una situación dada, tratando de sistematizar cuáles son y cómo se han de proporcionar los cuidados, ahorrando material , tiempo y riesgos innecesarios.

De manera constante, la enfermera supervisora debe velar por la dosificación exacta de volumen y medicamentos a perfundir, dicha importancia ha generado la necesidad de un aporte en relación a presentar la Guía de Administración de Medicamentos, a través de bombas infusoras, dado que la enfermera(o), utiliza gran parte de su tiempo en la vigilancia del flujo de infusión de medicamentos, mucho más estricto, cuando son medicamentos de riesgo como los inotrópicos, tratando de obtener precisión en la infusión, esta precisión se afecta por factores, como : Movimientos del paciente, postura del brazo del paciente, fijación inadecuada del catéter, acodamientos del catéter o transportadores del equipo, entre otros: dando como resultado retraso y /o aceleración en su administración, aplazando la recuperación o peor aún, dando lugar a complicaciones, para ello, existen distintos sistemas para reducir dichos errores, siendo uno de ellos el conocido como bombas de infusión, un diagrama de flujo precede a la guía N°1.



Guía N°1

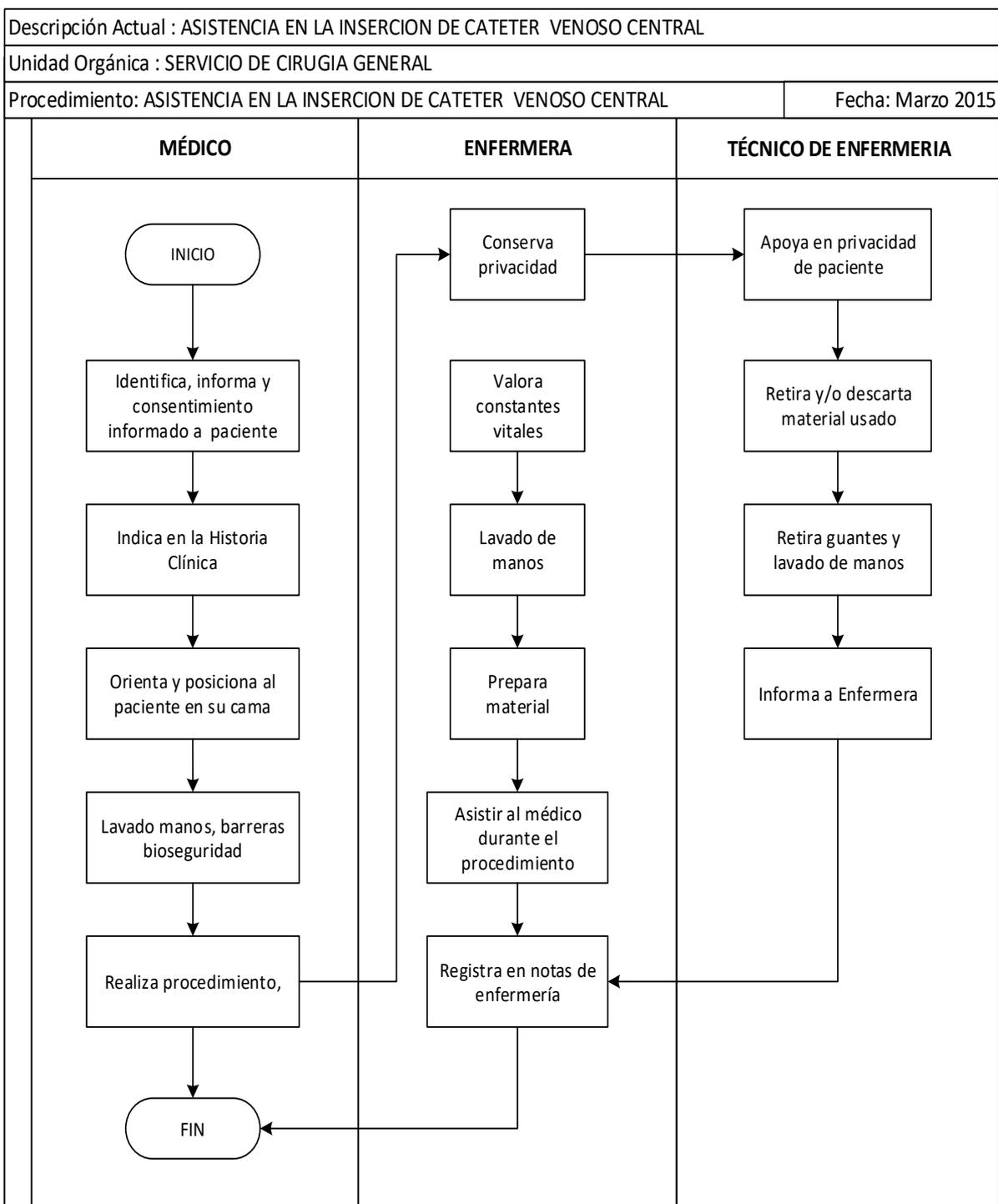
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS A TRAVES DE BOMBAS INFUSORAS.

HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO Servicio de	Procedimiento	Versión: 01
	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE BOMBAS INFUSORAS (BI)	Mes-Año:
		10.2014
		Página: 1 de 2
Definición: Adm. de fluidos por VE con flujo exacto y preciso utilizando la BI para infusión		
Objetivos: Brindar seguridad en la administración medicamentos		
Alcance: A todos los Servicios y Unidades de Enfermería del HBAAA		
Nº Paso	Descripción de Acciones	Responsable
1	Identifica al paciente y le explica el procedimiento, si está lúcido de lo contrario a un familiar.	Médico
2	Indica tratamiento en Historia Clínica.	Médico
3	Mantiene privacidad del paciente y orienta para su cooperación.	Enfermera
4	Valora y evalúa las constantes vitales.	Enfermera
5	Coloca al paciente en la posición adecuada considerando sus condiciones de salud.	Enfermera
6	Realiza lavado de manos para preparación de soluciones.	Enfermera
7	Reclama medicamentos indicados con recetas	Téc. Enfermería
7	Prepara solución e instala bomba infusora	Enfermera
9	Purga el equipo del infusor, programa la velocidad y el volumen de solución que se perfundirá en la bomba infusora.	Enfermera
10	Conecta el infusor al catéter del paciente	Enfermera
10	Observa y evalúa si zona de punción está enrojecida, dolorosa, con calor, edema o tumefacción, una herida o un hematoma; para precisar el cambio del lugar de punción.	Enfermera
11	Mantiene la vía limpia, realiza curas, cambio de apósito, fija a la piel el restricto de flujo y evita el acodamiento del catéter según protocolo.	Enfermera
12	Ordena material e Informa a la Enfermera.	Téc. Enfermería
13	Monitorea constantes vitales	Enfermera
14	Registra en las notas de enfermería: Procedimiento realizado, fecha y hora, constantes vitales, dosis y hora de medicación indicada, incidencias, su firma y sello.	Enfermera

Otra intervención de la Enfermera supervisora es con los catéteres venosos centrales, sobre todo en los servicios no críticos, ya que su manejo inadecuado tiene que ver con, con la fijación y/o el movimiento del paciente; sien embargo, la seguridad del paciente, es un factor que esta por encima de la comodidad del paciente ²⁰ sobre todo porque este es punto de partida de IIH

Se presenta previa a la Guía N°2, el siguiente flujograma:

**FLUJOGRAMA DE ASISTENCIA EN LA INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO
CENTRAL**



Guía N° 02

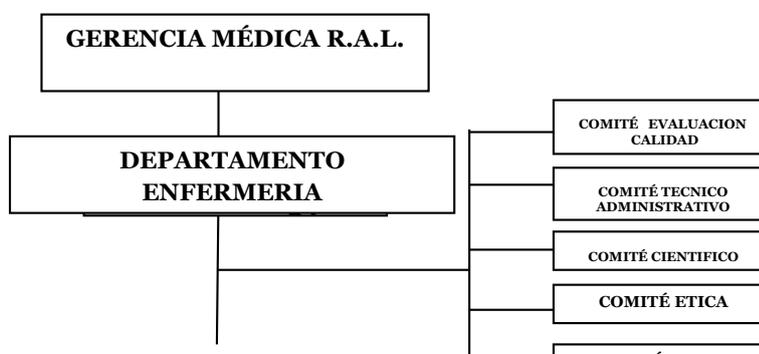
ASISTENCIA EN LA INSERCIÓN CATÉTER VENOSO CENTRAL.

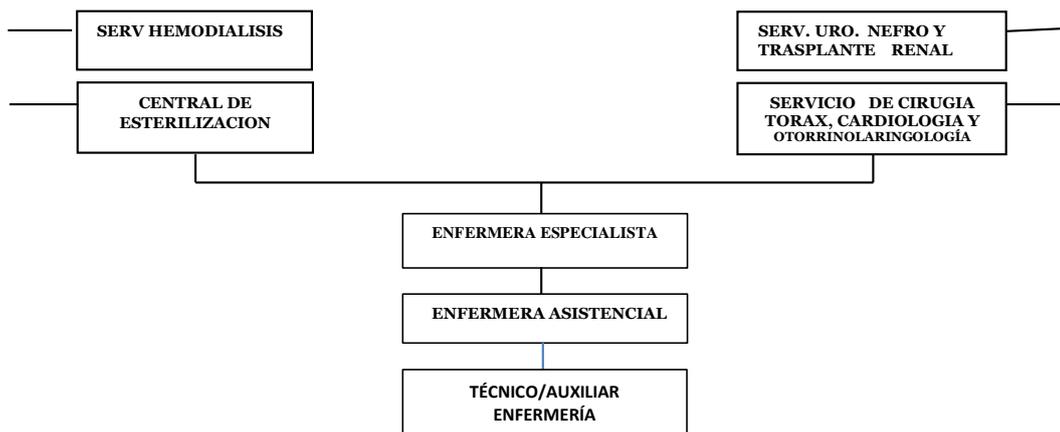
HOSPITAL BASE ALMANZOR AGUINAGA ASENJO Servicio de	PROCEDIMIENTO	
	ASISTENCIA EN LA INSERCIÓN DE	Fecha : Marzo 2015

CIRUGIA GENERAL		CATETER VENOSO CENTRAL
DEFINICIÓN: Inserían de un catéter flexible se usa para extraer sangre y administrar tratamientos, como líquidos intravenosos, medicamentos o transfusiones de sangre		
OBJETIVO:		
<ul style="list-style-type: none"> • Medir la PVC, determinar presiones y concentración de O2 en cavidades cardiacas. • Reemplazo rápido de líquidos en pacientes hipovolémicos y en nutrición parenteral 		
ALCANCE:		
A todos los Servicios y Unidades de Enfermería del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.		
Nº PASO	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES	RESPONSABLE
1	Identifica al paciente y le explica el procedimiento, luego hace que firme el consentimiento informado, si está lúcido de lo contrario por un familiar	Médico
2	Indica en la Historia Clínica	Médico
3	Preserva la intimidad y confidencialidad	Enfermera / Tec.
4	Valora y evalúa los signos vitales.	Enfermera
5	Coloca al paciente en la posición adecuada según la vía elegida para canalizar	Médico
6	Indica al paciente que durante el procedimiento evite toser, estornudar, moverse o respirar profundamente, para no puncionar la pleura visceral o el pulmón.	Médico
7	Realiza lavado de manos, prepara el material a utilizar y asiste al médico durante el procedimiento	Enfermera
8	Realiza lavado de manos	Médico
9	Aseptica zona, aplica anestésico local, realiza procedimiento, y protege con apósito transparente la zona de punción	Médico
10	Coloca al paciente en posición cómoda y adecuada	Enfermera/ Tec. Enfermería
11	Verifique los signos vitales y estado general del paciente	Enfermera
12	Retira guantes y realiza lavado de manos	Enfermera
13	Retira guantes e higiene de manos	Médico
14	Previa protección retira y/o desecha el material usado en los contenedores que corresponden	Tec. Enfermera
15	Cursa la orden de rayos para comprobar la posición del catéter	Médico
16	Registra en las notas de enfermería: Procedimiento realizado con fecha y hora, constantes vitales, incidencias, su firma y sello..	Enfermera

2.2.4. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL SERVICIO:

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA HOSPITAL BASE "ALMANZOR AGUINAGA ASENJO"- R.A.L. 2015

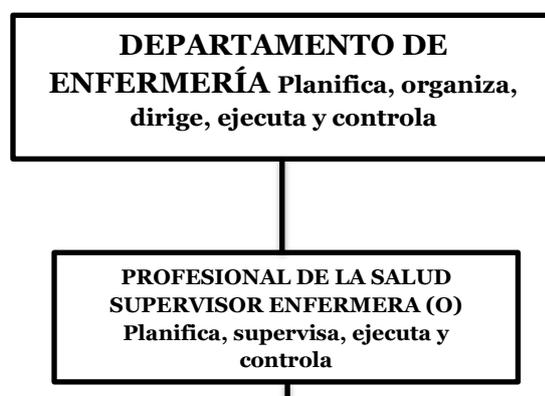




Fuente: Organigrama estructural propuesto por investigadora. HBAAA. 2015

FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
“HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO”- R.A.L. 2015**



Principales funciones de la Enfermera Supervisora

Formular planes de gestión, actividades y metas, capacitación, inversión y presupuesto del departamento acorde con los lineamientos de política institucional y los planes del hospital, dirigir y controlar su ejecución y disponer las medidas necesarias para el logro de objetivos propuestos

- Organizar, dirigir y controlar el desarrollo de las actividades asistenciales y administrativas de los servicios que integran el departamento, garantizando una atención con calidad y seguridad a los pacientes; evaluar los resultados alcanzados y adoptar la acciones correctivas que se requieran
- Evaluar, determinar y gestionar la provisión de recursos necesarios para el pleno funcionamiento de sus servicios y administrarlos acorde a la normativa vigente.
- Dirigir y controlar la correcta aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) y las actividades dependientes como parte integrante del equipo médico asistencia en el cuidado de los pacientes asignados en los diferentes servicios especializados
- Dirigir, controlar y evaluar las acciones dirigidas a la seguridad del paciente
- Controlar el correcto registro de las intervenciones de enfermería en la historia clínica y demás formularios empleados en la prestación brindada al paciente
- Proveer información valida y oportuna de los registros que maneja el departamento, que permita al hospital contar con los datos estadísticos epidemiológicos de costos , hospitalarios, gerencial y otros
- Dirigir, controlar y evaluar la actualización y cumplimiento de los instrumentos de gestión administrativos y sanitario del departamento, así como difundir y controlar el cumplimiento de los dispositivos legales vigentes y la normativa emitida por la institución

- Realizar el estudio de la brecha entre la oferta disponible del departamento y la demanda, presentar las alternativas que conlleven a su reducción y hacer seguimiento de su consecución
- Proponer mejoras o diseñar nuevos mecanismos de gestión para la atención continua de los pacientes, en el ámbito de su competencia
- Dirigir, controlar y evaluar el desarrollo de las actividades de capacitación docente e investigación del departamento
- Mantener informada a la Gerencia de la Red Asistencial, sobre el desarrollo de sus actividades
- Realizar, en el ámbito de su competencia, otras funciones que le asigne la gerencia de la red asistencia

2.2.5 RECURSOS INSTITUCIONALES:

2.2.5.1 Recursos Humanos distribución de personal según áreas:

- La dotación de recursos humanos, se realiza, teniendo en cuenta el tipo de cuidado que oferta cada uno de los 23 servicios, como unidades operativas, para ello, cuenta con una Jefe de Departamento de Enfermería, que accede al cargo por concurso público, como también lo han hecho las 6 Supervisoras y las 22 jefes de Servicio. El personal de enfermería supervisado además de jefes de servicio, son 416 enfermeras y 276 Tec. de Enfermería, Cinco enfermeras supervisoras ostentan el grado de Maestría, el 100% son especialistas en administración en Enfermería, una tiene grado de Doctora y unos estudios concluidos de doctorado. La jefe de Departamento tiene grado de Maestría (2) y estudios concluidos de doctorado, además de ser especialista en Administración de Servicios de salud. Las enfermeras del hospital son especialistas en su área, tienen

grado de maestría y Doctorado, aunque los datos no han sido registrados cuantitativamente.

- La distribución del personal Enfermeras supervisoras es una por turno (mañana, tarde y noche), cuando hay una enfermera supervisora disponible, porque no hay vacaciones programadas, ella realiza turnos de mañanas en apoyo a la gestión.

2.2.5.2 Recursos Económicos Financieros:

Los recursos económicos para el funcionamiento del servicio son administrados por las instancias competentes como Administración, Adquisiciones, Contabilidad, etc. a fin de cubrir el requerimiento del servicio. Sin embargo en el presupuesto general, está consignado presupuestalmente como: unidades operativas de servicios hospitalarios.

2.2.5.3. Infraestructura y Equipamiento:

El Departamento de Enfermería está ubicado en el hospital antiguo, es de infraestructura antigua, cuenta con 6 ambientes con buena iluminación y ventilación de los ambientes, aunque tiene amplias ventanas, hay poca luz natural que se compensa con luz artificial, su sistema de comunicación es a través de teléfonos de cobertura interna, y a través de la central telefónica se accede a la comunicación externa, además del sistema de perifoneo interno. Tiene servicios higiénicos y ducha para uso del personal, así como un ambiente con gavetas para resguardo de las pertenencias del personal.

Para sus actividades propias, no cuenta con una sala para entrevistas, las mismas que se realizan abiertamente, aun así se resguarda la privacidad, las actividades de capacitación para el personal y de información administrativa para

las jefes, se hacen en el ambiente común, de poca capacidad, que ocasiona incomodidad; cuando es posible se hacen en el auditorio hospitalario. La Jefe de Departamento, tiene una oficina de poca amplitud, que impide un ordenamiento adecuado de las gavetas documentarias. Los fenómenos climáticos (lluvias) la afectan por su antigua construcción.

La función supervisora se realiza en todo el Hospital, el que tiene dos áreas definidas, en tanto que es la fusión de dos hospitales, el área básica llamado también “hospital antiguo”, que tiene infraestructura horizontal, con instalaciones remodeladas para equipos de intervención ambulatoria especiales, (Endoscopias, Litotricia, Hemodiálisis etc.), la mayoría de servicios es de construcción antigua, tienen techos altos e iluminación natural, se ubica también en esta área la Capilla, que está rodeada de áreas verdes.

Esta área se conecta a través de un puente con la otra área, llamada “hospital nuevo”, es de infraestructura vertical moderno, edificio de construcción noble con adecuadas instalaciones, la ventilación y temperatura, esta venida a menos por el sistema anti ruidos de sus ventanas, dada la cercanía al aeropuerto; solo algunos ambientes tienen aire acondicionado, como Centro Quirúrgico, UCI, y UCIN, UTIC, UCEMIN; algunos ambientes de pacientes, tienen intercomunicador. Esta área concentra a todos los servicios de especialidad y de ayuda al diagnóstico, en todas ellas hay presencia de enfermeras, para la comunicación como en todo el hospital, tiene una central telefónica, con sistema de perifoneo; para el transporte interno tiene 02 ascensores para los servicios del 1ero al 5to piso, uno para el área de Pediatría y un montacargas.

Equipamiento

Es de tecnología de punta, lo último es la adquisición del Litotriptor y nuevo Tomógrafo, sin embargo, estos requieren de mantenimiento preventivo,

pero la práctica es más dirigida al mantenimiento correctivo y muchas veces ocasiona paradas por largo tiempo, generando insatisfacción en los usuarios y pérdidas de horas-hombre de trabajo. Otra observación importante está relacionada a los equipos de esterilización del centro Suply, en donde los autoclaves sufren constantes averías, a pesar que ya han sido reemplazos por unos nuevos, aun no es efectivo su funcionamiento. No es menos preocupante los equipos sin uso por falta de piezas y/o dispositivos (cámara gamma, etc.), adquisición de campana de flujo laminar para preparación de Quimioterapia por personal de farmacia.

➤ **Recursos Materiales, Bienes y Servicios:**

El departamento de Enfermería no cuenta con Sistema de Gestión Hospitalaria, por lo que gran parte de su información es derivada a la oficina de informática, tiene equipo de cómputo nuevo de reciente instalación, después de muchos años de gestionarlo, el material de escritorio es insuficiente para realizar la labor administrativa, las enfermeras organizadas por el Dpto. de Enfermería, han realizado dos eventos de carácter académico-científico, para financiar la compra de un equipo multimedia y una computadora personal.

En relación al abastecimiento de insumos, hospitalarios se realiza mediante la programación anual, que se centraliza en el Departamento para su consolidación y gestión administrativa; en este sentido la Enfermera Supervisora brinda asesoramiento a los servicios a su cargo para una programación técnicamente sustentada. De igual manera, siempre está en coordinación con los servicios de Diagnóstico y Tratamiento, para gestionar la reprogramación de citas en pacientes delicados o de emergencia, como Rx, Tomografía Axial Computarizada, Ecografías, Laboratorio, Farmacia, Banco de Sangre, Central de Esterilización, Terapia Física, Nutrición, Asistencia Social. El servicio de limpieza, y lavandería, en todo el hospital, está a cargo de servicios por terceros, con los que la Enfermera Supervisora está en constante coordinación.

2.2.5.4. Análisis de los servicios de otras instituciones Privadas y Públicas:

Para el análisis de la oferta con otras instituciones a nivel regional, debemos tener en consideración: la capacidad resolutive, número de camas hospitalarias, intervenciones quirúrgicas programadas, procedimientos intervencionistas, número de camas de cuidados intensivos, número de ventiladores mecánicos, entre los más importantes.

Se debe indicar que, la institución de salud a nivel local, que cuenta con características similares en su capacidad resolutive es el Hospital Regional de Lambayeque, inaugurado en el año 2011, cuenta con recursos tecnológicos de última generación, así mismo este centro asistencial viene funcionando, en la actualidad, con el 75 % de su capacidad instalada en las áreas de hospitalización y consulta externa, la programación quirúrgica en promedio es de diez (10) intervenciones en cirugías de mediana complejidad.

En el ámbito de enfermería, es el único hospital de la región que tiene una estructura orgánica establecida, reconocida y remunerada, con funciones específicas, en las que se incluye a la enfermera supervisora, como un cargo de línea en segundo nivel, de igual manera, el Departamento de Enfermería, esta insertado en el Organigrama Institucional, como órgano de línea, dependiente de la más alta autoridad jerárquica, en cumplimiento a la LEY N° 27669. Ley del Trabajo de la Enfermera(o) ³³ Capítulo IV de la Estructura y Niveles de la Carrera; Artículo 13.- **Ubicación Orgánica**, que a la letra dice: La estructura orgánica de todo establecimiento de salud considerará la Unidad Orgánica de Enfermería como órgano de línea, dependiente de la máxima instancia de dirección de aquél.

2.3 MISION/VISION

Se presenta la Misión y Visión de EsSalud, que evidencia la armonía directa de los fines institucionales, con los del Departamento de Enfermería,

destacando conceptos de liderazgo, calidad y oportunidad en el cuidado de la salud de las personas, expresando la vocación de servicio de su personal, y en el caso de la Enfermera Supervisora, relevando su rol de Sabiduría Clínica y Ética en Enfermería, para conducir al personal, desde el aprendiz hasta el experto, y así cumplir los objetivos de brindar atención de salud, mediante cuidados seguros, en el marco del respeto a la persona (usuario y trabajador).

Misión EsSalud.-

“Somos una institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente”.

Visión EsSalud.-

“Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA – HNAAA, (Propuesta)

Visión

Somos un Departamento de Enfermería, que en el 2018 es reconocido como líder en la gestión del cuidado de enfermería, en la macro región norte, ofertando servicios seguros, centrados en el asegurado, que contribuyen en mejorar su calidad de vida, moldeados dentro de la política de inclusión social en ESSALUD.

Misión

Garantizar a los usuarios del Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo” cuidados de enfermería seguro y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente.

Valores

Responsabilidad: Los trabajadores asumimos comprometida y conscientemente las obligaciones y derechos que derivan de la visión y misión del hospital HBAAA.

Honestidad: Es una cualidad de la calidad humana del trabajador del HBAAA, que consiste en comportarse y expresarse con coherencia y sinceridad.

Mejoramiento continuo: A través de la gestión de la calidad se busca la excelencia y la innovación, que permita ser eficientes, orientando los esfuerzos a satisfacer las necesidades y expectativas de las personas que acuden al HBAAA, en el marco de seguridad, en todas las intervenciones.

III ANALISIS FODA:

Previamente al análisis estratégico de los factores que giran en torno a la gestión, debe indicarse, que la gestión del cuidado de enfermería, debe poseer un fundamento teórico científico, dentro de la disciplina de enfermería, en este orden de ideas, encontramos que la Teoría de P. Benner : Cuidado, Sabiduría clínica y Ética en Enfermería guarda estrecha relación con la atención indirecta en el cuidado de las personas usuarias del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, ya que la conducción de quienes brindan cuidado, desde la aprendiz a hasta la experta, lo requieren, para garantizar la seguridad del paciente cuidado; bajo esta perspectiva deberá liderar la formación científica, técnica, el crecimiento personal y ético de su equipo de trabajo, interactuando armoniosamente con el talento humano, para satisfacer la demanda, minimizar fallas, para ofertar un producto seguro y validable.

En este sentido es necesario tener un conocimiento profundo, construido a partir de los aportes de los supervisados, y del equipo supervisor, en cuanto a identificar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, que permitirá el estudio de los aspectos internos y externos de la empresa, organizados en la

matriz FODA, con el fin de analizar cada uno de sus elementos, fortalezas, debilidades del medio interno y oportunidades y amenazas del medio externo, de esta manera formular y seleccionar las estrategias a seguir.

La importancia de la matriz FODA es que permite analizar todos los elementos que envuelven un servicio o negocio y, de esta manera realizar una estrategia, que ayude a cumplir con los objetivos institucionales, visualizando con oportunidad, los puntos débiles de la organización, en este caso el servicio de supervisión, transformando las debilidades en fortalezas y oportunidades, potenciando sus fortalezas y minimizando sus amenazas.

A continuación se expone la Matriz FODA del Servicio de Supervisión del HNAAA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
1. Unidad Productora de Servicios Intermedios, con autonomía funcional. 2. Capacidad para toma de decisiones	1. Hospital único en la región que tiene Servicio de Supervisión en su organización 2. Acceso a tecnología de punta

<ol style="list-style-type: none"> 3. Supervisoras expertas con grados académicos de maestría, doctorado y especialidad en administración 4. Acceso al cargo por concurso publico 5. Evaluación de procesos de enfermería según guías de procedimientos 6. Funciones y estructuras definidas 7. Supervisoras docentes de universidades locales 8. Supervisan la Oferta de servicios de alta complejidad, y atención especializada. 9. Dispone con criterio insumos, material y equipos, en calidad y cantidad. 10. Preside los comités de apoyo del departamento de enfermería (Científico, Ética, De Calidad, Técnico administrativo) 11. Interviene con voz y voto en reuniones de gestión institucional 12. Organiza el Programa de capacitación continua, anual para los servicios que asesora. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Convenios con universidades locales 4. Programas de segunda especialidad ofertada por universidades aledañas. 5. Oportunidad de trabajo docente tanto en el área privada como pública. 6. Mercado laboral emergente que propicia el crecimiento profesional y desarrollo laboral. 7. Ley del Trabajo de la enfermera (o) las 8. Empoderamiento de la enfermera supervisora en diferentes instituciones de salud 9. Acceso a congresos y cursos de capacitación de carácter nacional e internacional a costos razonables.
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Disposición de personal insuficiente para la demanda 2. Índice de absentismo alto 3. Personal supervisado resistente al cambio en los procesos de intervención de enfermería. 4. Programas de capacitación con poca respuesta asistencial del personal 5. Falta de conocimiento en el uso de herramientas de gestión de Jefes de enfermería 6. Documentos de gestión con fecha de revisión vencida 7. Poca producción científica de todo el personal (Administrativas y asistenciales) 8. Falta de uniformidad en las Intervenciones de enfermería (no todos usan el PAE y MAPRO). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presupuesto del Sector Salud reducido que afecta la adquisición de equipos e insumos 2. Tendencia a la implementación de servicios por terceros. 3. Alto índice de estilos de vida no saludables en la población. 4. Población desinformada sobre las competencias de la enfermera. 5. Empoderamiento excesivo de los pacientes y familiares acerca de sus derechos como usuario. 6. Marco legal atentatorio para la estabilidad laboral.

<ol style="list-style-type: none">9. Incumplimiento de las medidas de bioseguridad por el personal supervisado10. Capacitación autofinanciada por el personal de enfermería.11. Programa de capacitación- educación continua, en los servicios no acorde a las necesidades del personal y perfil del puesto12. Falta de manual de proceso de inducción13. Clima laboral débil14. Aprovechamiento Recursos materiales insumos y equipos que no responden a la demanda15. Riesgo en la calidad de los procesos de esterilización16. Incremento de IHH17. Incremento de quejas, e insatisfacción de en la atención y trato, del paciente y familia18. Infraestructura de oficina antigua y reducida	
---	--

<p>Factores Internos</p>	<p>Factores Externos</p> <p>Lista de Oportunidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hospital único en la región que tiene Servicio de Supervisión en su organización 2. Acceso a tecnología de punta 3. Convenios con universidades locales 4. Programas de segunda especialidad ofertada por universidades aledañas. 5. Oportunidad de trabajo docente tanto en el área privada como pública. 6. Mercado laboral emergente que propicia el crecimiento profesional y desarrollo laboral. 7. Ley del Trabajo de la enfermera (o) las 8. Empoderamiento de la enfermera supervisora en diferentes instituciones de salud 9. Acceso a congresos y cursos de capacitación de carácter nacional e internacional a costos razonables. 	<p>Lista de Amenazas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presupuesto del Sector Salud reducido que afecta la adquisición de equipos e insumos 2. Tendencia a la implementación de servicios por terceros. 3. Alto índice de estilos de vida no saludables en la población. 4. Población desinformada sobre las competencias de la enfermera. 5. Empoderamiento excesivo de los pacientes y familiares acerca de sus derechos como usuario. 6. Marco legal atentatorio para la estabilidad laboral
	<p>Lista de Fortalezas.</p>	<p>ESTRATEGIA FO (POTENCIALIDAD)</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Unidad Productora de Servicios Intermedios, con autonomía funcional 2. Capacidad para toma de decisiones 3. Supervisoras expertas con grados académicos de maestría, doctorado y especialidad en administración 4. Acceso al cargo por concurso publico 5. Evaluación de procesos de enfermería según guías de procedimiento 6. Funciones y estructuras definidas 7. Supervisoras docentes de universidades locales 8. Supervisan la Oferta de servicios de alta complejidad, y atención especializada. 9. Dispone con criterio insumos, material y equipos, en calidad y cantidad. 10. Preside los comités de apoyo del departamento de enfermería (Científico, Ética, De Calidad, Técnico administrativo) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. F₁F₆ F₁₁O₆: Hospital único en la región que tiene Servicio de Supervisión en su organización 	<p>F₄ F₆, F₁₁, A₃: Mantener la estructura organizativa y reconocimiento de la función supervisora del servicio.</p> <p>F₆ A₃: Implementar Programas de Educación Sanitaria a pacientes y familia sobre: Alimentación saludable, estilos de vida saludable prevención de accidentes.</p>
---	---	---

<p>11. Interviene con voz y voto en reuniones de gestión institucional</p> <p>12. Organiza el Programa de capacitación continua, anual para los servicios que asesora</p>		
<p>Lista de Debilidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disposición de personal insuficiente para la demanda 2. Índice de absentismo alto 3. Personal supervisado resistente al cambio en los procesos de intervención de enfermería. 4. Programas de capacitación con poca respuesta asistencial del personal 5. Falta de conocimiento en el uso de herramientas de gestión de Jefes de enfermería 6. Documentos de gestión con fecha de revisión vencida 7. Poca producción científica de todo el personal (Administrativas y asistenciales) 	<p>ESTRATEGIA DO (RIESGOS)</p> <p>D₁₈, O₁O₅: Gestión multidisciplinaria para mejorar infraestructura.</p> <p>D₆ O₃: Actualizar documentos de gestión (MOF, MAPRO), en concordancia con instituciones formadoras</p> <p>D₄, D₅ D₁₀ D₁₁, O₂: Proponer y Gestionar, un Plan de becas para realizar especialidades relacionadas a las áreas de cuidado Crítico.</p> <p>D₇ O₆ O₇: Incentivar, promover e implementar un Plan de iniciación en la Investigación Científica en relación al área de cuidado enfermero.</p> <p>D₉, D₁₂ D₁₁ D₁₇, O₃: Uso de acciones contractuales, para reforzar calidad de las intervenciones de enfermería</p> <p>D₁₄ D₁₆ ;O₂ : Acceder a la adquisición programada, de equipos, material e insumos, de acuerdo a cuadro de necesidades técnicamente sustentada</p>	<p>ESTRATEGIA DA (LIMITACIONES)</p> <p>D₆ D₈ D₉ A₅: Actualizar documentos de gestión (MOF, MAPRO).</p> <p>D₁D₂ D₈ D₁₄ D₁₆, A₁: Implementar la dotación de Personal profesional y no profesional propuesta.</p>

<p>8. Falta de uniformidad en las Intervenciones de enfermería (no todos usan el PAE y MAPRO).</p> <p>9. Incumplimiento de las medidas de bioseguridad por el personal supervisado</p> <p>10. Capacitación autofinanciada por el personal de enfermería.</p> <p>11. Programa de capacitación-educación continua, en los servicios no acorde a las necesidades del personal y perfil del puesto</p> <p>12. Falta de manual de proceso de inducción</p> <p>13. Clima laboral débil</p> <p>14. Aprovechamiento Recursos materiales insumos y equipos que no responden a la demanda</p> <p>15. Riesgo en la calidad de los procesos de esterilización</p> <p>16. Incremento de IHH</p> <p>17. Incremento de quejas, e insatisfacción de en la atención y trato, del paciente y familia</p> <p>18. Infraestructura de oficina antigua y reducida</p>	<p>D₁₀ D₁₁, O₃: Acceder a becas para Maestría, Doctorado y Especialidades, y educación continua en servicio, según Plan contractual de Capacitación con universidades locales.</p>	
--	---	--

IV. IDENTIFICACION Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS

A partir de la situación problemática así como el diseño de objetivos, metas y estrategias se ha tomado como ayuda metodológica para identificar los problemas del servicio de supervisión la Metodología del Marco Lógico (MML), esta es una herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución evaluación de proyectos. Su énfasis está centrado en la orientación por objetivos, la orientación hacia grupos beneficiarios y el facilitar la participación y la comunicación entre las partes interesadas³⁴.

Con el MML, se han identificado los siguientes problemas:

1. Desinterés en la implementación del programa de capacitación- educación continua, en relación a los indicadores de calidad y necesidades de cada servicio
2. Falta de incentivo para el desarrollo de investigación en enfermería.
3. Actualización e innovación de documentos de gestión, necesarios para una gestión efectiva: MOF; MAPRO (asistencial y administrativo); Programa de Inducción, etc.
4. Déficit de recursos humanos que no responde a las demanda reales de los servicios
5. Insuficiente provisión de material médico e insumos, que ponen en riesgo la seguridad del paciente.
6. Comunicación ineficaz con el paciente y familia, manifestada en insatisfacción
7. Relaciones interpersonales inefectivas que debilitan el clima laboral
8. Clima Laboral débil
9. Alto índice de absentismo, que determina la movilización del personal de un área a otra, haciendo más critica la dotación insuficiente

10. Infraestructura antigua y reducida de la oficina del Departamento de Enfermería que limita el confort del personal de supervisoras, y la capacitación del personal.

MATRIZ DE PRIORIZACION:

La matriz de priorización, es una herramienta que permite la selección de opciones sobre la base de la ponderación y aplicación de criterios, considera para ello las variables: Frecuencia, que indica qué tan a menudo ocurren las alternativas evaluadas; Importancia: donde el aportante puede elegir cuáles opciones son de mayor envergadura, desde el punto de vista del usuario o equipo; Viabilidad: se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señalados, para cada alternativa de las estrategias que aplicara el gestor para resolverlos.

Los valores a otorgar para la puntuación en cada criterio se definen por consenso, de manera convencional. antes de realizar el desarrollo; en este caso se ha considerado de la siguiente manera: 5: Alto; 3: Medio y 1: Bajo³⁵. Esta matriz, se construyó con el aporte de cinco enfermeras supervisoras y 10 enfermeras jefes, previa presentación del listado de problemas, que devienen del análisis FODA; obteniéndose los siguientes resultados:

HOSPITAL BASE ALMANZOR AGUINAGA ASEJNO				
	Frecuencia	Importancia	Factibilidad	TOTAL
Desinterés en la implementación del programa de capacitación- , en relación a los indicadores de calidad y necesidades de cada servicio	5+5+3+5+5+ 3+3 +3 +3 +3 +3 +3 +5+5+5 = 59	5+5+5+5+5+ 5+4 +4 +4 +4 +5 +5 +5+5+4 = 70	5+5+5+5+5+ 5+3 +3+3 +5 +5 +3 +5+5+5 = 67	196
Comunicación ineficaz con el paciente y familia, manifestada en insatisfacción	5+5+5+5+5+ 5+4 +4 +4 +4 +5 +5 +5+5+4 = 70	5+5+5+5+5+ 5+3 +3+3 +5 +5 +3 +5+5+5 = 67	5+5+3+5+5+ 3+3 +3 +3 +3 +3 +3 +5+5+5 = 59	196
Clima Laboral debilitado	49	67	59	175
Actualización e innovación de documentos de gestión, necesarios para una gestión efectiva: MOF; MAPRO (asistencial y administrativo); Programa de Inducción, etc.	5+5+5+3+5+ 5+5+5+5 +5 +5+3+5+5 +5 =71	5+5+5+5+5+ 5+5+5+5 +5 +5+5+5+5 +5 =75	5+5+5+5+5+ 5+5+5+5 +5 +5+3+5+5 +5 =73	219
Déficit de recursos humanos que no responde a las demanda reales de los servicios	5+5+5+5+5+ 5+5+5+5 +5 +5+5+5+5 +5 =75	5+5+5+5+5+ 5+5+5+5 +5 +5+5+5+5 +5 =75	5+5+3+5+5+ 3+5+3+5 +5 +5+3+5+5+ 3+5 =65	215
Alto índice de absentismo, que origina movilización del personal , haciendo más critica la dotación insuficiente	49	67	59	17 5
Falta de incentivo para el desarrollo de investigación en enfermería.	49	59		15 7
Infraestructura antigua y reducida de la oficina del Departamento de Enfermería que limita el confort del personal de supervisoras, y la capacitación del personal.	49	49	45	143
Insuficiente provisión de material médico e insumos, que ponen en riesgo la seguridad del paciente.	5+5+5+5+5+ 5+5+5+5 +5 +5+5+5+5 +5 =75	5+5+5+5+5+ 5+5+5+5 +5 +5+5+5+5 +5 =75	3+5+3+5+5+ 3+3+5+3 +5 +3+5+5+5 +5 =63	213

VALORACIÓN

Los valores a otorgar para la puntuación en cada criterio se definen por consenso de manera convencional antes de realizar el desarrollo:

5: Alto

3: Medio

1: Bajo

OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS PROPUESTAS

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

Objetivos estratégicos Institucionales³⁶

1. Extender la cobertura de la seguridad social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales.
2. 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.
3. Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud, cumplimiento del mandato de la ley, garantizar la sostenibilidad de la seguridad social en salud, ampliando la base contributiva y tributaria.
4. Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido.

OBJETIVOS DEL PLAN DE GESTION DEL SERVICIO DE SUPERVISION

1. Garantizar la Calidad del Cuidado Enfermero, mediante una adecuada dotación y racionalización de personal, acorde con los indicadores y estándares locales e internacionales, en beneficio del paciente, del personal y de la institución.
2. Responder a la demanda de atención, mediante una gestión logística eficiente, en la provisión de material, insumos y equipos médicos, mediante una planificación técnica, oportuna y argumentada, que garanticen la seguridad y satisfacción del paciente y familia.
3. Fortalecer los procesos de soporte, con documentos actualizados, que permitan mejores resultados y fortalezca el liderazgo en la gestión supervisora.

4. Implementar el programa de capacitación – educación continua relacionado con indicadores de calidad y de acuerdo a necesidades de cada servicio; así como de investigación en enfermería.

5. Desarrollar conciencia sobre la importancia de la comunicación con el paciente y familia. sujetos principales del cuidado.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

PLAN I: MEJORAMIENTO DE LA DOTACION DE PERSONAL PARA GARANTIZAR EL CUIDADO DE CALIDAD

PROBLEMA PLANTEADO	Déficit de recursos humanos que no responde a las demanda reales de los servicios					
OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido.					
OBJETIVO ESPECIFICO DEL PLAN DE GESTIÓN	Garantizar la Calidad del Cuidado Enfermero mediante una adecuada dotación y racionalización de personal, acorde con los indicadores y estándares locales e internacionales					
ESTRATEGIA	Implementar la dotación de Personal profesional y no profesional propuesta, mediante un estudio actualizado y planificado, argumentado en especificaciones normativas y técnicas.					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	CONDICION PARA LA EJECUSIÓN	INDICADOR	CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD			RESPON.
			2015	2016	2017	
Determinar los recursos humanos necesarios, que respondan a la normatividad técnico actual, y de racionalidad responsable.	Propuesta de dotación de personal argumentada	Propuesta de requerimiento elaborada	70%	80%	90%	-Enf. Jefe de Departamento- Enfermera Supervisora de área, -Enfermera jefe de servicio. -Oficina de RRHH
Gestionar la aprobación del requerimiento de recursos humanos	Requerimiento gestionado y aprobado	Porcentaje de atención a lo propuesto	70%	80%	90%	
Buscar correspondencia entre el perfil de la enfermera y el servicio asignado	Rankin de personal por áreas	Porcentaje de adecuación a lo propuesto	90%	90%	90%	

PLAN II: LOGISTICA DE APROVISIONAMIENTO EFICAZ PARA GARANTIZAR LA EFECTIVIDAD DEL CUIDADO

PROBLEMA PLANTEADO	Insuficiente provisión de material médico e insumos, que ponen en riesgo la seguridad del paciente					
OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	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					
OBJETIVO ESPECIFICO DEL PLAN DE GESTIÓN	Responder a la demanda de atención, mediante una gestión logística eficiente, en la provisión de material, insumos y equipos médicos, mediante una planificación técnica, oportuna y argumentada, que garanticen la seguridad y satisfacción del paciente y familia.					
ESTRATEGIA	Acceder a la adquisición programada, de equipos, material e insumos , de acuerdo a cuadro de necesidades técnicamente sustentada					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	CONDICION PARA LA EJECUSIÓN	INDICADOR	CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD			RESPON.
			2015	2016	2017	
Determinar los requerimientos de equipos médicos, en concordancia con el persona que respondan a un sustentación técnico actual y de racionalidad responsable considerando la normatividad pertinente	Propuesta de equipos médicos aprobada	Propuesta de requerimiento elaborada	80%	80%	90%	-Enf. Jefe de Departamento- Enfermera Supervisora de área,
Asesoramiento para al elaboración del cuadro de necesidades de material e insumos, de los servicios asesorados, en base al tipo de paciente e historial de consumo	Cuadro de necesidades, presentado y aprobado	Porcentaje de cumplimiento del cuadro de necesidades	80%	90%	90%	-Enfermera jefe de servicio.
Supervisión de uso racional de material e insumos, por el personal asistencial	Registro y Revisión del aprovisionamiento diario	Porcentaje de cumplimiento	95%	95%	95%	-Oficina de logística

PLAN III. REVISAR Y ACTUALIZAR DOCUMENTOS DE GESTIÓN PARA GARANTIZAR UNA GESTIÓN SEGURA Y EFICAZ

PROBLEMA PLANTEADO	Actualización e innovación de documentos de gestión, necesarios para una gestión efectiva: MOF; MAPRO (asistencial y administrativo); Programa de Inducción, etc.					
OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	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					
OBJETIVO ESPECIFICO DEL PLAN DE GESTIÓN	Fortalecer los procesos de soporte con documentos actualizados, que permiten mejores resultados y fortalezca el liderazgo en la gestión supervisora					
ESTRATEGIA	Actualizar documentos de gestión (MOF, MAPRO), en concordancia con instituciones formadoras y las estudiantes de especialidades					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	CONDICION PARA LA EJECUSIÓN	INDICADOR	CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD			RESPON.
			2015	2016	2017	
Elaboración guías de trabajo para el mejor desempeño	Apoyo jefes de servicio	20 guías elaboradas	X	X	X	Jefe de Dpto. Enf
Conformar grupos de trabajo para plan de mejora	Apoyo de enfermeras jefes y asistenciales	x	x	x	Dpto. Enf. Enf. jefes	Sup. de área, -Enf jefe de S -Of. Capacit.
Elaboración pedido reposición equipos y mobiliario, según carpeta patrimonial	Apoyo oficina planeamiento	x	x	x		-Comité Científico del Dpto. de Enf
Revisión y actualización de documento de gestión : MOF,MAPRO, Manual de Inducción, etc.	Documentos de gestión actualizados	documentos de gestión revisados y actualizados	03	03	03	Eq. de Gestión

IV PLAN: CAPACITACION QUE PROMUEVA EL CUIDADO DE CALIDAD Y LA INNOVACION A TRAVES DE LA INVESTIGACION EN ENFERMERIA

PROBLEMA PLANTEADO	Desinterés en la implementación del programa de capacitación- educación continua, en relación a los indicadores de calidad y necesidades de cada servicio					
OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	“Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido”					
OBJETIVO ESPECIFICO DEL PLAN DE GESTIÓN	Implementar el programa de capacitación – educación continua relacionado con indicadores de calidad y de acuerdo a necesidades de cada servicio; así como de investigación en enfermería.					
ESTRATEGIA	Acceder a becas para Maestría, Doctorado y Especialidades, y educación continua en servicio, según Plan contractual de Capacitación con universidades locales.					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	CONDICION PARA LA EJECUSIÓN	INDICADOR	CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD			RESPON.
			2015	2016	2017	
Elaborar el diagnostico de necesidades de capacitación de cada área de asesoramiento para elaboración del Plan Anual de Capacitación,	Plan diseñado de acuerdo a Dx. de necesidades de capacitación, aprobado y presupuestado	Plan elaborado	X	X	X	Jefe de Dpto. Enf Sup. de área.
Curso Taller: “Practicas seguras para el cuidado seguro del paciente, un reto de responsabilidad para enfermería”. .	Curso aprobado y presupuestado	% de asistencia del personal de enfermería.	60%	80%	85%	-Enf jefe de Servicio
Curso Taller : “Evaluando el cuidado seguro a través de indicadores de calidad “	Elaboración de indicadores de calidad pertinentes a cada área	Indicadores establecidos por área % de indicadores cumplidos	80%	85%	100%	-Of. Capacitación -Comité Científico del Dpto. de Enf
Curso taller de: “El Lavado de manos, un procedimiento sencillo, pero de alta trascendencia en el cuidado”	Curso aprobado y presupuestado	% de cumplimiento	60%	75%	90%	Equipo. de Gestión

Curso de capacitación: “La Investigación en enfermería (Inv. Científica, EBE y otros) como instrumento de innovación del cuidado “	Coordinar programa de capacitación con participación por convenio de docentes de universidades locales.	% asistencia	50%	60%	80%	Enf. Jefe y Equipo de gestión.
Elaboración de proyectos de investigación, ejecución y publicación	Proyectos de investigación con asesoramiento como actividad contractual por docentes de universidades locales	Un proyecto, una investigación y una publicación anual	Proyecto Investigación concluida (1)	Ejecución del proyecto concluida. (1)	Publicación (1)	Enf. Jefe Of. De capacitación EsSalud Enfermeras del servicio

PLAN V: EL CUIDADO CENTRADO EN EL RESPETO A LA PERSONA COMO SUJETO PRINCIPAL DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA CIENTÍFICO HUMANO SEGURO Y DE CALIDAD

PROBLEMA PLANTEADO	Comunicación ineficaz con el paciente y familia, manifestada en insatisfacción					
OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	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					
OBJETIVO ESPECIFICO DEL PLAN DE GESTIÓN	Desarrollar conciencia sobre la importancia de la comunicación con el paciente y familia sujetos principales del cuidado.					
ESTRATEGIA	Uso de acciones contractuales, para reforzar calidad de las intervenciones de enfermería, centradas en el trato al paciente					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	CONDICION PARA LA EJECUSIÓN	INDICADOR	CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD			RESPON.
			2015	2016	2017	
Confeccionar dípticos o trípticos para brindar información al paciente y familia	Apoyo oficina calidad	x	x	x	Dep. Enfermería	Enf. Jefe y Equipo de gestión
Conformación grupos de trabajo para plan mejora seguridad paciente.	Apoyo enfermeras jefes	x	x	x	Dep. Enfermería	
Confección formatos para valoración riesgos según directivas de prácticas seguras.	Apoyo oficina calidad	x	x	x	Dep. Enfermería, Ingeniero Hosp.	
Elaboración plan de supervisión por riesgos.	Apoyo Prof. Salud Supervisora Enfermera	x	x	x	Dep. Enfermería, Of. de gestión de la calidad	

V. PLAN DE MONITOREO Y SUPERVISION POR INDICADORES

En el control estratégico del plan de gestión. se confrontara continuamente el desarrollo de las estrategias, de acuerdo a como fueron programadas, para verificar si los objetivos están siendo logrados, así como identificar oportunamente las barreras que pudieran impedir el logro de las metas y/o la implementación, de estrategias para el logro de los objetivos de mediano y largo plazo.

SUPERVISION: Es una actividad técnica y especializada, que tiene como fin fundamental, utilizar racionalmente los factores que le hacen posible la realización de los procesos de trabajo: el hombre, la materia prima, los equipos, maquinarias, herramientas, dinero, entre otros elementos que en forma directa o indirecta, intervienen en la consecución de bienes, servicios y productos destinados a la satisfacción de necesidades; para ello se realizara el seguimiento constante de cada una de las actividades del plan, para garantizar el cumplimiento en su totalidad, siguiendo el orden y secuencia establecida desde su inicio hasta su culminación. La evaluación estará a cargo de la Jefa del Departamento de Enfermería y los comités de apoyo a la gestión

MONITOREO: Consiste en la observación del curso de uno o más parámetros para detectar eventuales anomalías. Otra posible acepción se utiliza para describir un proceso mediante el cual se reúne, observa, estudia y emplea información para luego poder realizar un seguimiento de un programa o hecho particular, en este sentido las actividades del Plan de Gestión se llevaran a cabo, de acuerdo a la programación establecida en el cronograma del plan y de acuerdo a la retroalimentación

INDICADORES A MONITOREAR

Indicador	Formula	Estándar	Fuente
% de asistencia a los talleres	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personal de enfermería que asistieron a los talleres} \times 100}{\text{Total de personal de enfermería programado.}}$	No menor del 80%	Registro de asistencia a talleres programados por Jefe Enfermería.
% de personal con conocimiento de los indicadores	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Lic. Enf., con conocimiento de Indicadores de calidad} \times 100}{\text{Total de Lic. Enf. del servicio}}$	Mayor al 80 %	Ficha de evaluación
% de cumplimiento de los indicadores de gestión	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de indicadores cumplidos} \times 100}{\text{Total de indicadores programados}}$	Mayor al 90 %	Registro de Jefatura del Servicio de Enf.
% de quejas disminuido	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios satisfechos} \times 100}{\text{Total de usuarios encuestados}}$	Mayor del 80%	Encuesta o ficha de monitoreo.
% de proyectos de investigación y publicación anual de trabajos de investigación	$\frac{\text{Total de investigaciones} \times 100}{\text{Total de Enfermeras}}$	10%	Registro en la oficina de capacitación.
% de personal de enfermería que accede al programa de inducción	$\frac{\text{Total de personal de enfermería que reciben el programa de inducción} \times 100}{\text{Personal de enfermería programado}}$	100 %	Registros de Jefatura del servicio de Enfermería.
Nivel de satisfacción del usuario interno	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios internos de enfermería satisfechos} \times 100}{\text{Total de personal de Enfermería}}$	80 %	Encuesta o ficha de monitoreo.
Nivel de satisfacción del usuario externo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios internos de enfermería satisfechos} \times 100}{\text{Total de personal de Enfermería}}$	80 %	Encuesta o ficha de monitoreo.
% de personal con conocimiento de las políticas institucionales	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personal de enfermería con conocimiento de las políticas institucionales} \times 100}{\text{Total de personal de Enfermería}}$	100 %	Encuesta o ficha de monitoreo.

CONCLUSIONES

La elaboración del presente Plan de Gestión, para la autora, ha significado profundizar sobre la realidad del área del desempeño laboral de la Enfermera Supervisora, basado en datos obtenidos de fuentes institucionales, y de las propias fuentes primarias: las enfermeras supervisoras y jefes de Servicio, que garantizan su objetividad, el mismo pretende responder con soluciones viables a los principales problemas identificados; en base a esta experiencia, la autora ha llegado a las siguientes conclusiones :

- Las Enfermeras Supervisoras cuentan con las competencias necesarias, para garantizar la función supervisora, en todas las áreas de hospitalización, Emergencia, C. Quirúrgico, Consulta Externa y Salas de procedimientos especiales, utilizando la autoridad y el poder de su experticia, en la solución de los problemas derivados de las múltiples falencias que detecta a diario en el HBAAA
- La problemática identificada, refleja las dificultades que a diario deben confrontar las Enfermeras Supervisoras para garantizar la calidad de las intervenciones de enfermería, a favor de la seguridad del paciente y del personal, mitigando la insatisfacción de los usuarios externos como internos, por sus necesidades desatendidas.
- El análisis de los indicadores hospitalarios muestran la incompatibilidad que existe entre la demanda de atención y la oferta, así como de los recursos humanos, insumos, equipos, etc. que generan una problemática sui generis, que la Enfermera Supervisora debe resolver con oportunidad y eficacia, disminuyendo así, el riesgo en la calidad del cuidado enfermero, asumiendo responsabilidades que sustentan técnica y científicamente.
- El uso de una teoría propia de enfermería, ayuda a un enfoque más pertinente de las acciones de intervención, en este sentido la Teoría-Filosofía de Patricia Benner, Cuidado, Sabiduría Clínica y Ética en la práctica de la enfermería; muestra el

proceso que la enfermera(o) atraviesa desde recién graduada(o) hasta que se especializa en un área determinada; en ella van surgiendo una serie de cambios y se van adquiriendo habilidades, en un continuum cambiante; la Enfermera Supervisora es la que se encarga de encaminar este proceso, por ello la autora asume estos conceptos como norteadores en su Plan de Gestión, poniendo en práctica esta teoría, en esta oportunidad, aplicada a la función supervisora.

- La teoría de la Contingencia o Situacional, descrita en las Ciencias Administrativa, es un aporte teórico, que refuerza la consistencia del Plan, en esta se enfatiza la necesidad de consonancia entre la organización y su ambiente, este conocimiento permite a la Enfermera Supervisora aprovechar rápidamente las oportunidades, sincrónicamente, ubicar y neutralizar las amenazas contingenciales del ambiente (Servicios de atención clínica), que en la práctica diaria del cuidado, no son ocasionales para ella.

- Solo se puede entender, valorar y reconocer la función de la Enfermera Supervisora, cuando se le conoce a profundidad, ya que es ella la principal gestora de la calidad de atención de enfermería en todos los servicios, y gracias a su experticia y capacidad en la toma de decisiones, se puede resguardar el bienestar del paciente y su familia, del personal de enfermería y la imagen institucional.

RECOMENDACIONES

- Instar a todas las enfermeras gestoras y de manera particular a las Enfermeras Supervisoras, el uso de una Teoría de Enfermería, que guíe la esencia técnico-científica y humana, en la elaboración de su Plan de Gestión, así como de otras ciencias sociales como la Administración, Sociología, Antropología, Ética etc.; de tal manera que este documento de gestión esté garantizado en su viabilidad, objetividad y sentido humano.
- Para garantizar la objetividad del análisis situacional, que deviene en el Plan de Gestión, se debe acceder a información estadística validada por la institución, y fuentes primarias (usuarios), factores prioritarios en la elaboración de un Plan de Gestión, que garanticen su viabilidad, eficiencia y efectividad.
- La Enfermera Supervisora, debe constituirse en la líder de la Gestión de las intervenciones de cuidado, para ello debe lograr una gestión eficaz de los recursos humanos, insumos y equipos, teniendo en cuenta las particularidades profesionales, de cada enfermera, desde la principiante hasta la experta, valorando sus competencias con un sentido científico técnico y ético, que evidencien su compromiso y experticia en su función.
- La Supervisión, monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad, deben ser evaluados con la periodicidad pertinente, los resultados deben ser el punto de partida del Feedback en la gestión supervisora fundamentado en un Plan de Mejora con el aporte de todos los Profesionales de Enfermería, involucrados en la atención de los usuarios, para generar compromiso en la mejora continua del cuidado de calidad en la atención quirúrgica.
- Fomentar e Incentivar la capacitación del personal de enfermería, proponiendo un Plan de Capacitación que responda a las necesidades reales de los servicios así como de cada una de las Profesionales de Enfermería, para lograr competencias en todas las área; este debe ser llevado como motivación y en forma equitativa para todos los involucrados en la atención del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSA. Documento Técnico Modelo de Gestión Hospitalaria 2009 [acceso 15-12-2016] disponible en http://www.saludarequipa.gob.pe/goyeneche/doc/NORMAS/NORMATIVA_EN_SALUD/25B%20Lineamientos%20de%20Gestion%20Hospitalaria%2029102009_anteproyecto_2009.pdf
2. López P. Métodos y Medios de Supervisión en Enfermería. 2013. [Acceso 27-12-2016] disponible en <http://es.slideshare.net/mawylopezp/metodos-y-medios-de-supervicion-en-enfermeria>
3. De Ávila D. Supervisión en enfermería. [acceso 28.12.2016] disponible en <http://diordeavila.blogspot.pe/2012/02/supervision-en-enfermeria.html#!/2012/02/supervision-en-enfermeria.html>
4. Ayers L. La Práctica de Enfermería como Trabajo de Conocimiento. Connecticut, Universidad de Yale, 2008
5. Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería 8ava ed. Ed. ELSEVIER. Barcelona, España 2015
6. Corral L, Romero A. Supervisores de Hospitales e Investigación en Enfermería. Index de Enfermería 2003; [acceso 31.12.16] Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/42revista/42_articulo_66-67.php
7. Chiavenato I. Introducción a la Teoría General de la Administración. 8ava ed. Mac Graw-Hill. Interamericana. México 2007
8. EsSalud. Manual Institucional. 2008. [de acceso 12 Enero 2016]; disponible en: http://www.essalud.gob.pe/defensoria/manual_institucional.pdf
9. Ministerio de Salud. NTS N° 021-MINSA / DGSP V.01. Norma Técnica de Categorías de Establecimientos de Sector Salud. 2004 [acceso 12 Enero 2016]; disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/web_di/normas/nt-0021-documento%20oficial%20categorizacion.pdf
10. Morato I. en Europa Express. Los hospitales pasan de ser edificios verticales para tener una estructura horizontal que facilite ampliaciones. [acceso 5 de Enero 2017] disponible en: <http://www.solociencia.com/noticias/0504/14124302.htm>

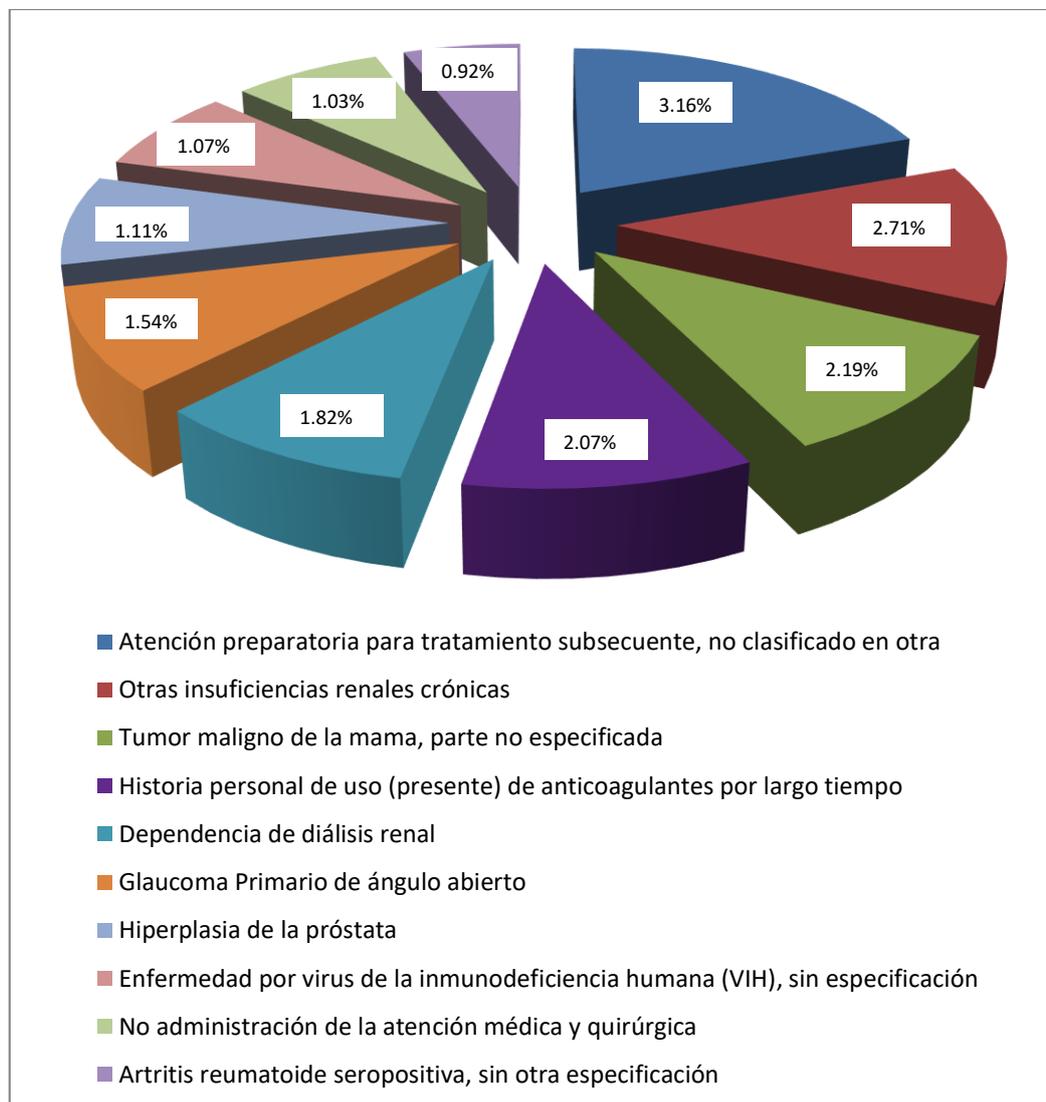
11. Vincent C. Seguridad del Paciente: Orientaciones para evitar Eventos Adversos. Sao Paulo: Sao Caetano do Sul. Yendis; 2009.
12. MINSA. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. 2005. [acceso 5-1-17] disponible en http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf
13. Whittembury A. El Perfil Epidemiológico y el Análisis de la Situación de Salud del País. [Acceso 30-12-2016] disponible en: <http://www.esperantra.org/biblioteca/peaepweb.pdf>
14. EsSalud. Lineamientos de Programación de Prestaciones de Salud. 2014 [fecha de acceso 12 Enero 2016] disponible en: http://www.essalud.gob.pe/downloads/LINEAMIENTOS_2014.pdf
15. MINSA. SIS. Estudio epidemiológico de distribución y frecuencia de atenciones de Emergencia a Nivel Nacional. 2010 -2013. [Acceso 12.01,17] disponible en: http://www.sis.gob.pe/IPRESSPublicas/mIRADORgrep/archivos/20160425_Estudio2013_EstuEpidDistrFrecAtencEmergNivNac.pdf
16. Soteras, A. La sepsis, infección mortal. 2012 [acceso 15 Enero 2016]; disponible en: <http://www.efesalud.com/noticias/la-sepsis-infeccion-mortal/>
17. OMS. Una atención más limpia es una atención más segura. (Acceso 10 marzo 2017), disponible en <http://www.who.int/gpsc/background/es/2017>
18. MINSA. Directiva Sanitaria - MINSA/DGSP-V.01- 2015: Indicadores de Salud Hospitalarios [Acceso 13 Marzo- 2017] disponible en <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/directivasindicadores%20%20hospitalariosv2105.doc>.
19. MINSA. RM N° 386-2012: "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia", [Acceso 11 Marzo-2017] disponible en cmp.org.pe/wp-content/uploads/.../RM386-2006-N_T_serv_emergencia.pdf
20. Vásquez A. Supervisión en Enfermería. Universidad de Sonora [acceso 11 Marzo 2017] disponible en: <https://es.slideshare.net/alomanzovelasquez/supervision-en-enfermeria>

21. Rodríguez L y Bejarano I. Prevención y promoción de la salud en el personal de enfermería Cuaderno. Fac. Humanidades. Ciencias. Soc., Univ. Nac. Jujuy [online]. 2009, n.37 [citado 2017-03-19], pp. 161-177. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042009000200007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1668-8104.
22. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud .Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los Hospitales del SNS. Gob. Español, MIN y PN, Univ. De Cádiz. España 2008 [acceso 18 -03-2017] disponible en : www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf
23. Figueiredo. M, Teodoro C, Ribeiro C, Menezes MJ, Alves M. La enfermería en hospital en proceso de acreditación: su papel y las consecuencias en el trabajo diario. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ene.-Feb. 2012, [acceso 15 Marzo-17] disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
24. EsSalud. Seguro Social de Salud del Perú. [acceso 30 Marzo 2015] disponible en <http://www.essalud.gob.pe/>
25. Montoya M , Valdés C , Rábano M, Artos Y , Cabello P, Castro N, et al . Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]. 2009 Mar [citado 2017 Mar 19]; 12(1): 19-25. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752009000100004&lng=es.
26. EsSalud. Plan de Desarrollo de las Personas de EsSalud 2012 - 2016. Gerencia Central de Gestión de las Personas. [acceso 09 Enero 2016] disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/RGG408_2012.pdf
27. Delicado V, García J, y Rovira E. Oferta profesional de Enfermería: Una aproximación a la realidad de Albaceta. [acceso 15-03-17] disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2281925.pdf>
28. Texto Único Ordenado de la Directiva Gerencia General N° 002-GG-2009” Normas para elaborar a programación asistencial de los

- trabajadores de EsSALUD [acceso 15-03-17] disponible en <http://www.essalud.gob.pe/>
29. EsSalud. Directiva N° 012 – GG – EsSalud -2014. Programación de las actividades asistenciales de los profesionales y no profesionales del Seguro Social de Salud-EsSALUD”.
 30. INEN. Documento Técnico: Manual de Supervisión de enfermería en hospitalización. 2015. [acceso 22-marzo-2017] disponible en https://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_legales/NUEVA_Resoluciones_Jefaturales/2016/05022016_RJ%2036-2016.pdf
 31. Rodríguez V, Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enferm.glob.vol.10n0.24 Murcia oct.2011*. [acceso el 20 setiembre 2014] disponible en http://Scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S16961412011000400020&script=sci_arttext
 32. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. [acceso 12 febrero 2015] Disponible en: www.juntadeandalucia.es//procedimientos_generales_enfermeria_huv
 33. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía del uso de Vías venosas en adultos. 2014. [acceso 19 Marzo-2017] disponible en www.guiasalud.es/GPC/GPC_541_Terapia_intravenosa_AETSA_paciente.
 34. Ley N° 27669. Ley del Trabajo de la Enfermera (o). 15-02-2002.
 35. Ortigón E, Pacheco JF, Prieto A. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas CEPAL. Naciones Unidas. 2015 [acceso 21 Marzo-2017] disponible en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf
 36. MINSA. Matriz de priorización de problemas. [acceso 11 de marzo 2017] disponible en www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/.../tools/4MatrizdePriorización.xls
 37. EsSalud- Plan Estratégico Institucional – 2012-2016 [acceso 13 mayo 2016] disponible en www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_2012_2016.pdf

ANEXOS GRÁFICO Nº 1

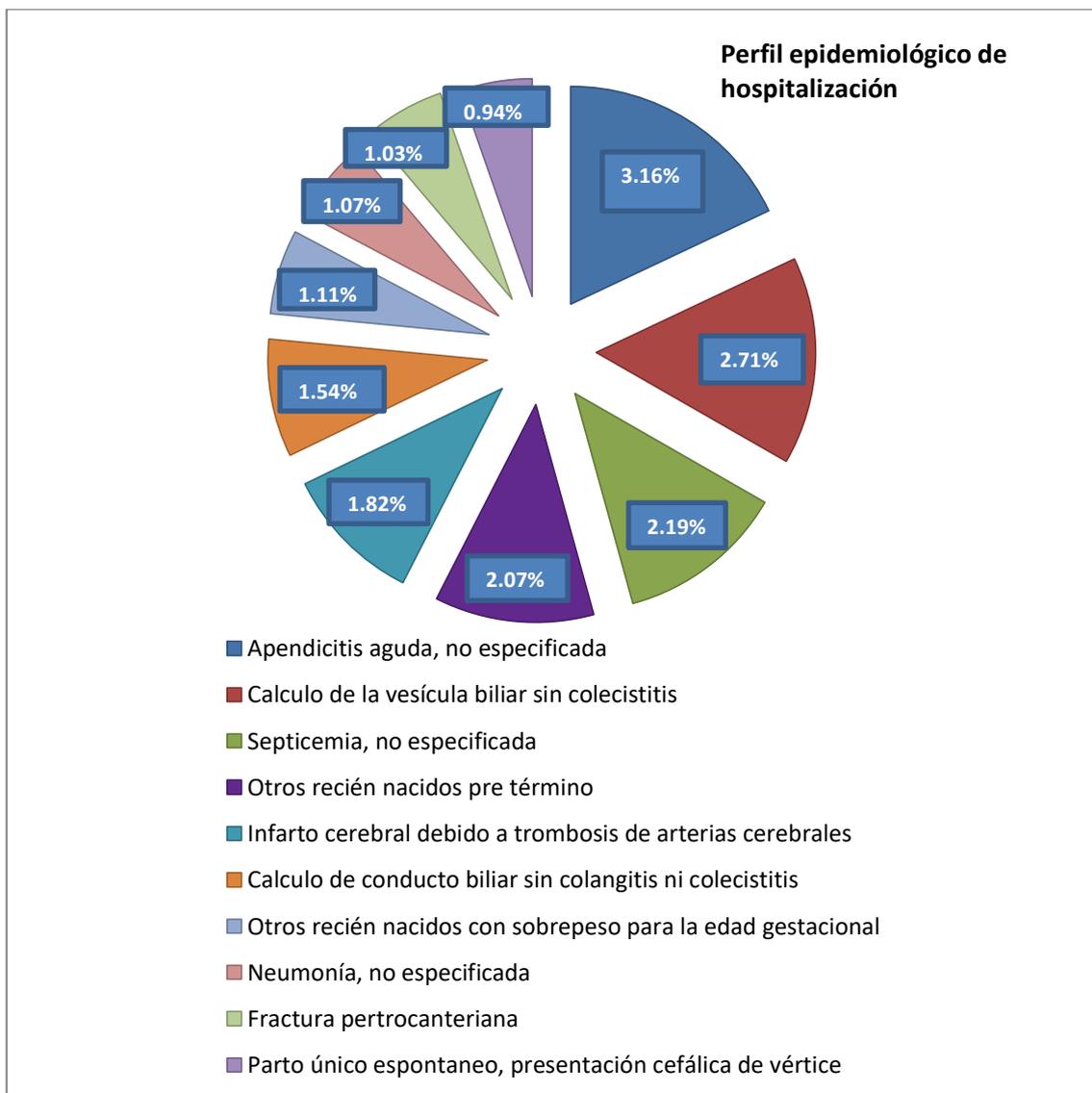
PERFIL DE CONSULTA EXTERNA (DEMANDA) 10 PRIMEROS DIAGNÓSTICOS-HBAAA – CHICLAYO, 2014



Fuente: Oficina Inteligencia Sanitaria - Estadística. HBAAA –EsSalud-2014.

GRÁFICO Nº 2

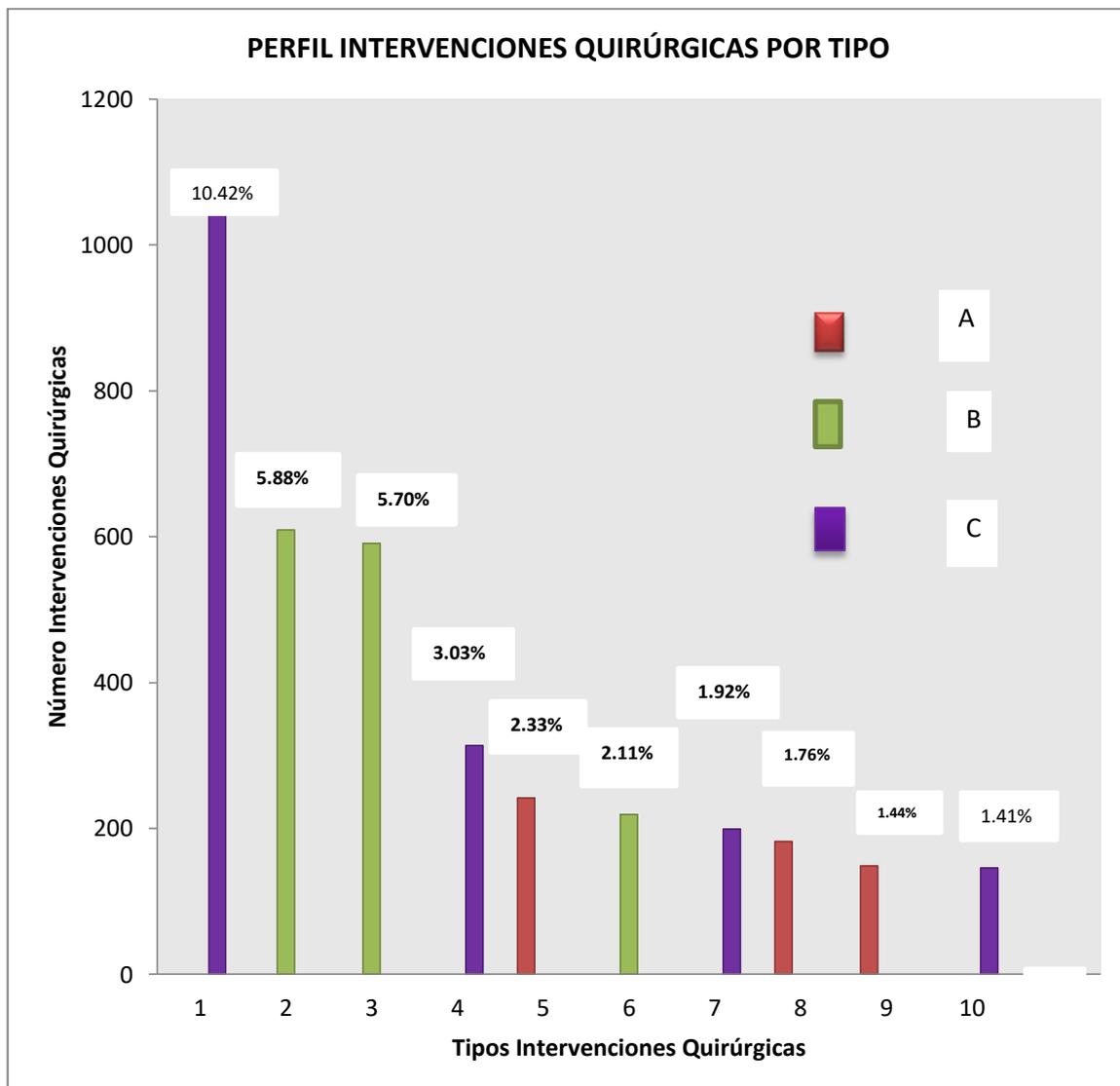
**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOSPITALIZACIÓN - 10
PRIMEROS DIAGNÓSTICOS-HBAAA - CHICLAYO 2014**



Fuente: Oficina Inteligencia Sanitaria - Estadística. HBAAA –EsSalud-2014.

GRÁFICO N° 3

**PERFIL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR TIPO - 10
PRIMEROS DIAGNÓSTICOS- HBAAA – CHICLAYO, 2014**



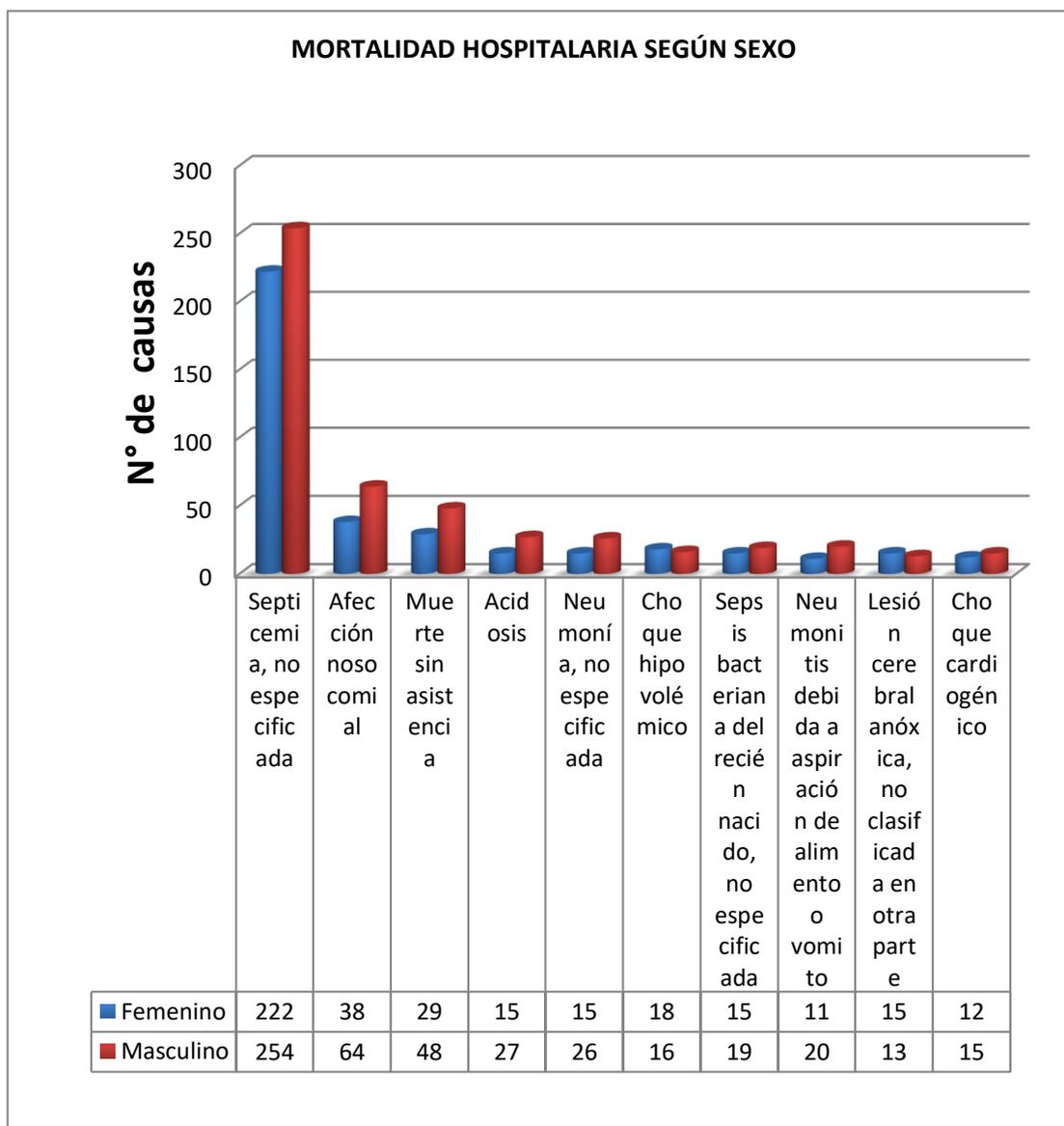
Fuente: Oficina Inteligencia Sanitaria - Estadística. HNAAA –EsSalud-2014.

GRÁFICO N° 4
PERFIL DE ATENCIONES EN EMERGENCIA (DEMANDA)
10 PRIMEROS DIAGNÓSTICOS-HBAAA – CHICLAYO, 2014



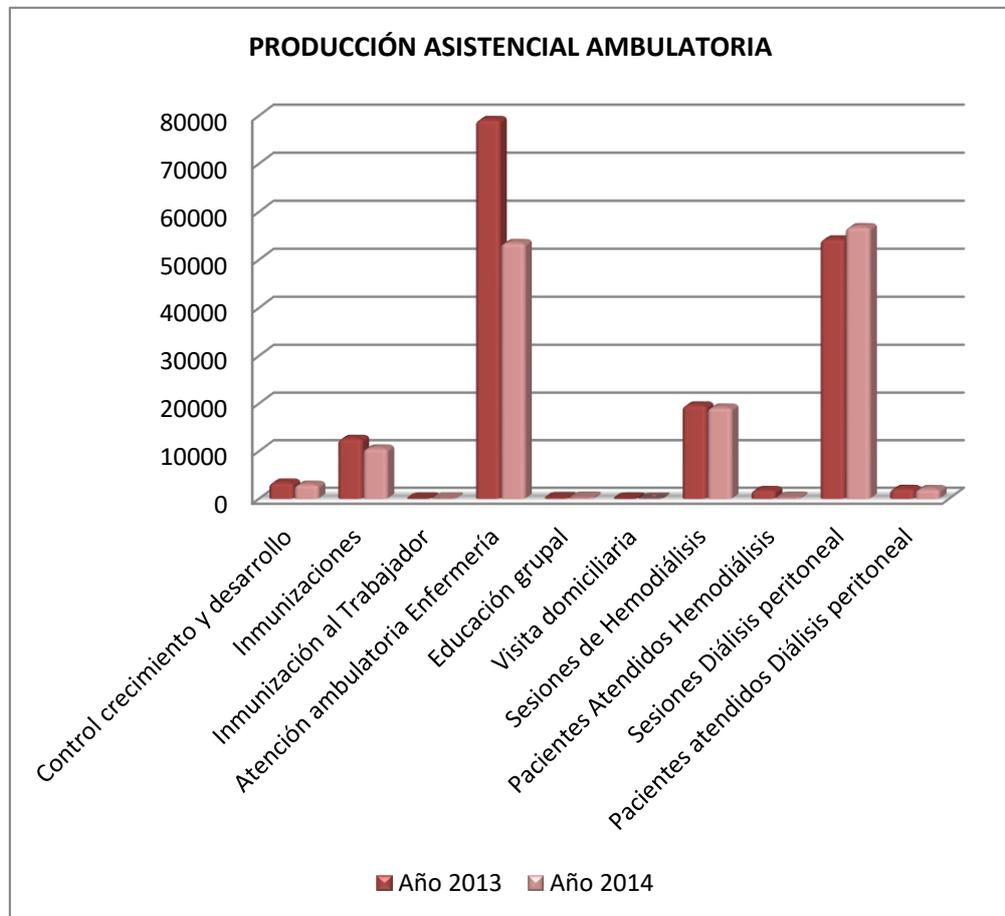
Fuente: Oficina Inteligencia Sanitaria - Estadística. HBAAA –EsSalud-2014

GRÁFICO N° 5
CAUSA FINAL DE MORTALIDAD HOSPITALARIA SEGÚN
SEXO
HBAAA – CHICLAYO, 2014



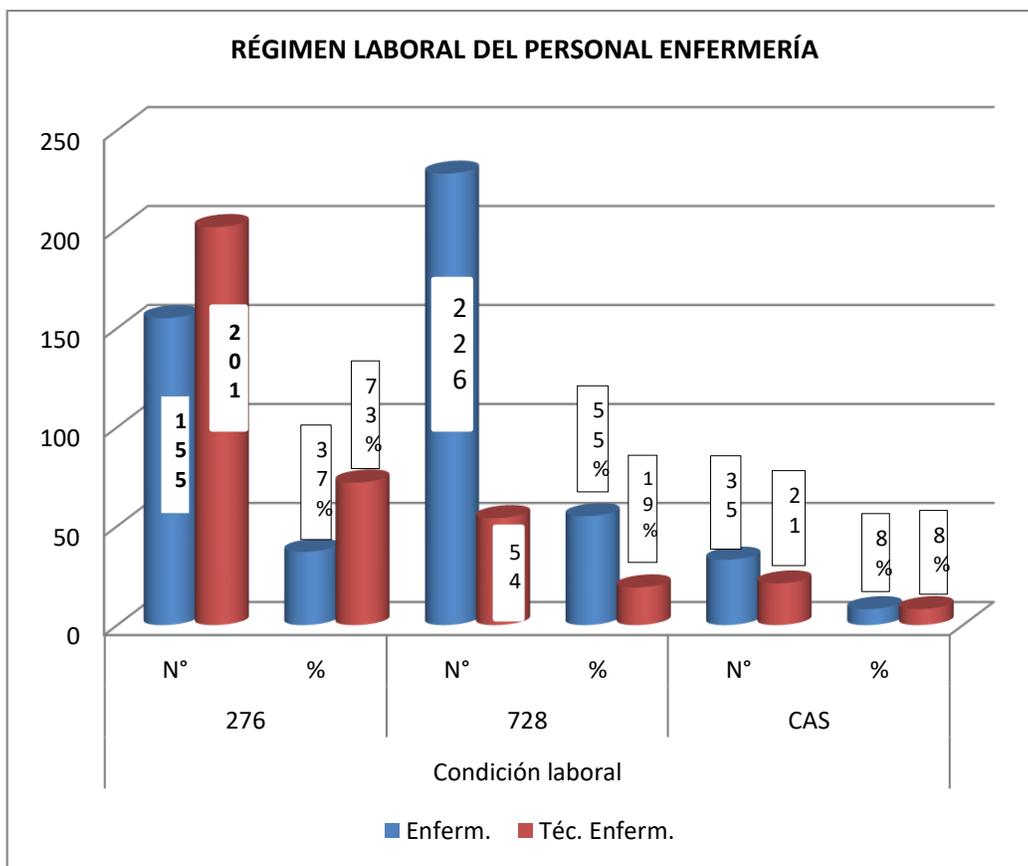
Fuente: Oficina Inteligencia Sanitaria - Estadística. HBAAA –EsSalud-2014.

GRÁFICO N° 6
PRODUCCIÓN ASISTENCIAL AMBULATORIA
DEPARTAMENTO ENFERMERÍA - HBAAA -
CHICLAYO, 2013-14



Fuente: Oficina Inteligencia Sanitaria - Estadística. HBAAA –EsSalud-2013-14.

GRÁFICO N° 7
PERSONAL DE ENFERMERÍA POR CONDICIÓN LABORAL
HBAAA – CHICLAYO, 2014



Fuente: Departamento enfermería. Oficina de personal. HBAAA –EsSalud-2014.