

COLEGIO DE ENFERMERAS(OS) DEL PERU
CONSEJO NACIONAL



**“NORMAS DE GESTION DE LA
CALIDAD DEL CUIDADO
ENFERMERO”**

LIMA - PERÚ

2008

CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL

2006 – 2008

Decana Nacional	:	Lic. Blanca Elena Carruitero Giove
Vice-Decana	:	Lic. Rosa Victoria Celi Requena
Secretaria I	:	Lic. María Ysabel Reyes Villegas
Secretaria I	:	Lic. Hilda Quiñones Blas
Tesorera	:	Lic. Arminda Gil Castañeda
Vocal I	:	Lic. María Antonieta Montero Álvarez
Vocal II	:	Mg. Melitta Cosme Mendoza
Vocal III	:	Lic. Raquel Betty Silva Beraún
Vocal IV	:	Lic. Ana María Cabello Lostaunau

DECANAS(OS) DE LOS CONSEJOS REGIONALES

2006 – 2008

CR I – Piura	:	Lic. Eda Emelda Lescano Albán
CR II - La Libertad	:	Lic. Betty Torrejón Ocampo
CR III - Lima Metropolitana	:	Lic. Maruja Etelvina Gonzáles Almeida
CR IV – Junín	:	Lic. Carmela Velásquez Ledesma
CR V – Arequipa	:	Lic. Narda Yolanda Berríos Manrique
CR VI – Loreto	:	Lic. María Gloriosa Pérez de Vegas
CR VII – Cusco	:	Lic. Hilda Domitila Robles Mena
CR VIII – Puno	:	Lic. Natalia Serruto de Sotomayor
CR IX – Lambayeque	:	Mg. Olvido Barrueto Mires
CR X – Ayacucho	:	Mg. Walter Oré Avalos
CR XI – Tacna	:	Lic. María Luisa de Lourdes Pizarro Vega
CR XII – Huanuco	:	Lic. María Clelia Salcedo Zúñiga
CR XIII – Cajamarca	:	Lic. Felicitas Esperanza Cotrina Chávez
CR XIV – Ucayali	:	Lic. Zenia Mauricia Torres
CR XV – Ica	:	Mg. María Antonieta D'Arrigo Frassinetti
CR XVI - San Martín	:	Lic. Aneliza Arévalo Rodríguez de García
CR XVII – Jaén, San Ignacio, Amazonas	:	Lic. Leyder Guerrero Quiñones
CR XVIII - Ancash Sierra	:	Lic. Rosa Inés Contreras Camarena
CR XIX - Ancash Costa	:	Lic. Luz Marina Guzmán Díaz



COLEGIO DE ENFERMERAS(OS) DEL PERÚ

DECRETO LEY N° 22315

Resolución

Jesús- María, 16 de Diciembre del 2008

El Consejo Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú

CONSIDERANDO:

Que, el Estatuto y Reglamento del CEP, establecen función y atribución del Consejo Nacional aprobar las políticas y lineamientos institucionales y emitir las normas necesarias para el cumplimiento de los fines y deberes del Colegio de Enfermeras (os) del Perú;

Que, el Colegio de Enfermeros del Perú dentro del marco señalado en su Estatuto, tiene la atribución de definir los criterios y estándares de calidad en el ejercicio de la profesión;

Que, con fecha 27 de agosto de 1987, se emitió la Resolución N° 141-87- CEP/CN estableciendo los indicadores para el cálculo de recursos humanos y evaluar la calidad de atención de enfermería en las diferentes instituciones de salud del país;

Que, el CEP ha desarrollado Cursos - Talleres Macro regionales en las ciudades de Chiclayo, Lima, Junín y Arequipa y un Taller Nacional en Lima, con el propósito de recoger las expectativas, experiencias y evidencias del desarrollo de Métodos, técnicas y criterios en la gestión de los servicios de enfermería a nivel nacional, arribando a importantes conclusiones y propuestas, que han permitido la elaboración de un documento técnico normativo;

Que, en la 18va. Sesión de Consejo Nacional del CEP, realizado el 25 y 26 de Noviembre del 2008 se aprobó el documento técnico que contiene las **Normas de Gestión de la calidad del cuidado enfermero**.

Que, de conformidad con lo dispuesto por el art. 7° del D.L. N° 22315, art. 5 incisos e) y g) y art. 24° inc. a) y d) del estatuto y art. 31° inc. a) y d) del reglamento;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el documento técnico sobre **Normas de Gestión de la calidad del cuidado enfermero**, que forma parte integrante de la presente resolución.

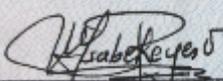
Artículo Segundo.- El documento técnico aprobado, entrará en vigencia a partir de la fecha de publicación de la presente resolución.

Artículo Tercero.- Dispóngase la publicación y difusión del presente documento técnico en la Página Web del Colegio de Enfermeras (os) del Perú.

Regístrese, Comuníquese y Archívese


LIC. BLANCA CARROTERO GIOVE DE GRANARA
DECANA
CEP N° 2685




LIC. MARÍA YSABEL REYES VILLEGAS
SECRETARIA I
CEP N° 11118

INDICE

INTRODUCCIÓN

- I. Finalidad
- II. Base Legal
- III. Objetivo General
- IV. Objetivos Específicos
- V. Ámbito de Aplicación
- VI. Vigencia
- VII. Conceptualización operativa de términos:
 - Cuidado Enfermero
 - Gestión de Enfermería
 - Calidad
 - Calidad de los Servicios de Enfermería
 - Tipo de Atención de Enfermería
 - Índice de Atención de Enfermería
 - Cuidado de Enfermería según Grado de Dependencia
 - Cama Presupuestada
 - Cama Ocupada
 - Porcentaje de Ocupación
 - Promedio de permanencia
 - Estándar
- VIII. Normas Genéricas
- IX. Normas Específicas
 - Sobre Dotación de Personal
 - Sobre Indicadores de calidad
 - Sobre Estructura Orgánica

ANEXOS

- Metodología para la Dotación de Recursos Humanos de Enfermería Metodología para construir Indicadores de Gestión de la Calidad.
 - Indicadores aprobados
- Estructuras de Enfermería
 - Organigrama estructural básico de enfermería por Nivel de atención

Fuentes de Información

INTRODUCCION

La salud en cuanto a calidad de vida es entendida como un derecho universal de las personas así como, el acceso y la calidad de acciones y servicios de salud, y *el cuidado de enfermería* también forma parte de ese derecho.

La situación de la salud del Perú es heterogénea, existiendo grandes diferencias relacionadas con el nivel de pobreza. Las desigualdades sociales, las malas condiciones de vida y el escaso acceso a servicios explican las enormes brechas que existen entre la población urbana y la rural.

La salud de la población peruana es un reflejo de su realidad social sin embargo se viene haciendo grandes esfuerzos por mejorar los indicadores, con la participación activa y muy comprometida de los recursos humanos de salud con la finalidad de asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población, es preciso tener en cuenta que: “El RRHH constituye un elemento fundamental en la producción de servicios de salud tanto en la dimensión subjetiva relativa a la intencionalidad humana como en la dimensión objetiva de la ejecución de competencias profesionales específicas” **(1)**

La calidad en la prestación de los servicios de salud es sin duda una preocupación medular en la gestión de los Servicios de Enfermería, no sólo por la aspiración a la mejora de las capacidades institucionales en los organismos y dependencias sectoriales, sino, sobre todo, porque en el eje de todos los procesos se encuentra *la vida de las personas*, cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación insoslayable del Estado.

Si tenemos en cuenta que la gestión de la calidad exige el permanente monitoreo de “las estructuras, los procesos y los resultados”, en tal sentido la enfermera que ejerce la función gerencial demanda el uso adecuado y oportuno de todas sus facultades y habilidades intelectuales.

Muy ligado al rol gerencial administrativo es la calidad de los cuidados que brinda la enfermera y la gestión de éstos, ya que ellas lideran diferentes “procesos” donde se deben establecer procedimientos, pautas, normas, reglamentos, manuales, protocolos o disposiciones generales y particulares que permitan al equipo de salud obtener el éxito en relación al cuidado del usuario interno y externo.

Para desarrollar esta compleja actividad, las enfermeras gerentes deben estar capacitadas para ejercerla con liderazgo y dentro del equipo multidisciplinario.

Preocupados por dotar a los miembros de la Orden de instrumentos y herramientas que garanticen una buena gestión de los servicios de enfermería, se organizó y desarrolló 4 Talleres Macro regionales (Chiclayo, Lima, Junín y Arequipa) y un Taller Nacional entre los meses de enero y febrero del 2008, con el propósito de analizar y evaluar la gestión del cuidado enfermero en los servicios de enfermería y el impacto en la situación de salud de la población; a fin de construir propuestas de mejora; orientadas a elevar la calidad del cuidado enfermero, en los diferentes niveles de atención.

(1) Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud N° 5, Pág. 23, Lima-Perú 2006

El Colegio de Enfermeras (os) del Perú, a fin de direccionar, articular e integrar los diversos esfuerzos que desarrollan las enfermeras gestoras para conducir los servicios de enfermería con eficacia, eficiencia y efectividad, ha considerado necesario definir un documento técnico - normativo que estandarice los procedimientos administrativos para la mejora de la calidad del cuidado de enfermería, en el corto, mediano y largo plazo.

I. FINALIDAD

Dotar documento técnico normativo para el desarrollo de los procesos técnicos en la gestión de enfermería, orientado a brindar un cuidado enfermero de calidad.

II. BASE LEGAL

- Estatuto y Reglamento del Colegio de Enfermeras (os) del Perú.
- Ley N° 27669 de Trabajo de la Enfermera.
- Resolución N° 141-87-CN/CEP, que aprueba los indicadores a aplicarse en la dotación de recursos humanos de enfermería.
- Decreto Supremo N° 1025 del 20 de junio del 2008, que aprueba las Normas de Capacitación y Rendimiento para el sector público.
- Decreto Supremo N° 023- 2005-SA-que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba las NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo”.
- DS 013-2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 669-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 035-MINSA/DG-SP-V.01 “Norma Técnica de Supervisión Integral”.
- Resolución Ministerial N° 053-2005/MINSA, que crea los cargos de Coordinación del Cuidado Integral de Salud en la Direcciones de Red de Salud y Supervisores del Cuidado Integral de Salud y de Enfermería para Redes.
- Resolución Ministerial N° 474- 2005 / MINSA , que aprueba la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de atención de salud.
- Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.1 “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- Resolución Ministerial N° 776-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del sector publico y privado
- Resolución Ministerial N° 527-03 SA, que establece los cargos clasificados que deben establecerse en los cuadros para asignación de personal de los Institutos Especializados para hospitales y órganos de enfermería.
- Resolución de Gerencia General N° 1232-GG-ESSALUD-2007, del 17 de septiembre del 2007, que aprueba las “Normas generales para la programación de las actividades asistenciales en horas ordinarias de EsSalud”.

III. OBJETIVO GENERAL

Establecer normas de gestión de calidad del cuidado enfermero, para los servicios de enfermería de los diferentes niveles de atención de salud que permitan la estandarización de los procesos de planificación, dotación de los Recursos Humanos, monitoreo y control de la calidad y el establecimiento de las bases que sustenten una estructura orgánica de enfermería acorde a la demanda y a los criterios de calidad.

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Definir y establecer los criterios y Estándares de calidad en la gestión de los servicios de enfermería, en las diversas áreas del desempeño profesional.
2. Dotar de instrumentos y técnicas para el cálculo de personal de enfermería necesario para el cuidado de calidad.
3. Establecer los criterios fundamentales para el diseño de la estructura orgánica de enfermería y los cargos correspondientes.
4. Establecer las estrategias de monitoreo, supervisión y evaluación que garanticen la sostenibilidad de la normativa.

V. AMBITO DE APLICACIÓN:

Las normas establecidas en el presente documento son de aplicación obligatoria a nivel nacional, su implementación, monitoreo y control le corresponde a la enfermera (o) responsable de la gestión y la prestación del cuidado, ya sea en el desempeño liberal así como en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, sean estos públicos, privados y/o fuerzas armadas y policiales.

VI. VIGENCIA

El presente documento tiene una vigencia de 3 años a partir de la fecha de aprobación

VII. CONCEPTUALIZACION OPERATIVA DE TERMINOS

La gestión del cuidado enfermero requiere de un marco teórico que permita el conocimiento y el uso estandarizado de conceptos utilizados en el presente documento técnico.

1. CUIDADO ENFERMERO

El "cuidado" constituye el foco principal del profesional enfermero.

En un sentido genérico, Leninger define como "aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana"

Dorothea Orem (1972). Define el cuidado como "una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas". Desde la perspectiva del autocuidado lo explica como "una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

(Marriner, 2003). Define los sistemas de enfermeros como series y secuencias de acciones prácticas de las enfermeras que actúan para proteger y regular el desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

Entonces si, Brindar cuidados significa ser responsable de proveer o encargarse de individuos que dependen de otros por sus condiciones o estado de salud podemos conceptualizar el **Cuidado Enfermero** como "conjunto de funciones que desarrolla la enfermera (o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve,

actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad”.

ATRIBUTOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA:

- Constituye la esencia de la profesión, pero con una mirada global se debe considerar como un medio para lograr un fin que es propender a la salud de las personas
- Se basa en el respeto a las personas
- Es intencional, es planificado, es dirigido
- Es un proceso, tiene etapas
- Relacional, es un proceso interpersonal
- Su carácter es personal ya que implica una interacción profesional.
- Competente, requiere preparación profesional
- Se da en un contexto, no es aislado
- Se mueve en un continuo salud – enfermedad

2. GESTION DEL CUIDADO

Colliere, 1993 manifiesta que muchas de las acciones de cuidado a menudo son invisibles, ejemplos de estas acciones son las dirigidas a permitir que las personas recobren la esperanza, acompañarlos en momentos críticos de los procesos diagnósticos y terapéuticos. Estos momentos, invisibles para el sistema de salud, marcan la diferencia en la calidad de los cuidados profesionales enfermeros.

La calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes: La naturaleza de los cuidados, razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone, la aplicación de conocimientos y la adecuada utilización de la tecnología y recursos humanos necesarios de acuerdo a la capacidad resolutive y a la normatividad legal existente.

Garantizar la calidad exige a los profesionales de enfermería una reflexión permanente sobre valores, actitudes, aptitudes y normas que orientan la objetivación del bien interno, mediante la implementación de estrategias que privilegien “cuidar con calidad” y comprender sus dimensiones: Ética, interpersonal y de percepción.

Por tanto la **Gestión del cuidado**, “Constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla la enfermera para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos”

OTRAS CONSIDERACIONES DE GESTION DEL CUIDADO

- ✓ Consiste en ejecutar una serie de actividades y procesos con y a través de las personas y recursos materiales para conseguir los objetivos de la organización. (Adaptado de Hersey y Blanchard, 1988).
- ✓ Meleis (1989) señala que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que ofrecen las teorías de la administración, sino también

con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería

- ✓ “Proceso creativo, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud” (Susan Kérrouac, 1996)

3. CALIDAD

Se entiende por calidad, la aptitud de un producto, servicio o proceso, para satisfacer las necesidades de los usuarios. Entendiendo por calidad total, el proceso que implica hacer las cosas bien y mejorarlas constantemente.

La calidad es:

- Una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta sea comparada con cualquier otra de su misma especie.
- Se refieren a un conjunto de atributos y / o propiedades que tiene un objeto sobre la base de los cuales se puede emitir algún juicio de valor acerca de él.
- Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Para hablar de calidad en salud es esencial hacer conciencia de la diversidad étnica y cultural del país, por ello más que un esfuerzo de homogenización, es básico un enfoque de dialogo intercultural, tanto en la definición de objetivos de calidad como en las acciones concretas de mejoramiento.

La calidad es dependiente de múltiples factores, objetivos y subjetivos, sin embargo es mensurable a través de métodos cuantitativos y cualitativos, la evaluación de la calidad según el enfoque sistémico de salud comprende:

- Estructura:** referido a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros.
- Proceso:** corresponde al contenido de la atención, es decir los servicios de salud que se ejecutan y la forma como se ejecutan, y
- Resultado:** representa el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD:

Avedis Donavedian, considerado el padre de la calidad, propone tres dimensiones: los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales que se establecen entre proveedor y usuario y el contexto o entorno de la atención.

Tales dimensiones se expresan de la siguiente manera:

- Dimensión Técnico – Científica, referida a los aspectos científico técnicos de la atención, cuyas características básicas son:
 - **Efectividad**, referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la población;

- **Eficacia**, referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud a través de aplicación correcta de las normas y técnicas administrativas;
- **Eficiencia**, uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados;
- **Continuidad**, prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias;
- **Seguridad**, la forma en que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario;
- **Integralidad**, que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante.

b) Dimensión Humana, referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características:

- **Respeto** a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona;
- **Información** completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella;
- **Interés** manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, lo que es asimismo válido para el usuario interno;
- **Amabilidad**, trato cordial, cálido y empático en la atención;
- **Ética**, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios ético-deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud.

c) Dimensión del Entorno, referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles: Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.

4. **CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA**

Se concibe como “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable”

Expresada de otra forma:

"La orientación del cuidado de enfermería para prestar ayuda eficiente y efectiva a la persona, a la familia y a la comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos.

5. TIPO DE ATENCION DE ENFERMERIA

ATENCION DIRECTA:

Debe basarse en las necesidades físicas, emocionales, sociales, culturales, espirituales del paciente que van a determinar los procedimientos de enfermería necesarios, y las necesidades de enseñanza en salud.

Los resultados del proceso de evaluación van a determinar la clasificación de pacientes según el grado I, II, III, IV de Dependencia de Enfermería.

ATENCION INDIRECTA:

Son las actividades que desempeña el personal profesional, lejos de la cama del paciente, pero en beneficio de los mismos y para su bienestar, por ejemplo: tareas administrativas, preparación de medicamentos, trámites documentarios, comunicaciones.

6. INDICE DE ATENCION DE ENFERMERIA

Es el tiempo promedio en horas de atención que se brinda a la persona usuaria, en un servicio hospitalario, en un periodo de 24 horas.

7. CUIDADO DE ENFERMERIA SEGÚN GRADO DE DEPENDENCIA

Grado de dependencia: consiste en la categorización de atención, basado en la valoración de las necesidades de las personas usuarias que permite determinar las horas necesarias para el cuidado de enfermería en un periodo de tiempo.

En cualquiera de los sistemas de clasificación, generalmente hay de tres a cinco categorías de atención que van desde un mínimo o autocuidado hasta la terapia intensiva. El número apropiado de categorías para cualquier situación dependería del grado de precisión requerida y la diversidad de los requisitos de atención de los pacientes **(2)**

OBJETIVOS:

- a) Ubicar a los pacientes en grupos de atención para garantizar un cuidado de calidad.
- b) Determinar las horas necesarias y el personal adecuado acorde a la demanda de cuidados.
- c) Lograr la distribución oportuna y adecuada del recurso humano de enfermería basado en la valoración objetiva y exacta de la gravedad y necesidades del paciente.

Los Grados de Dependencia que se viene aplicando actualmente en las áreas asistenciales de los establecimientos de salud son:

GRADO I o ASISTENCIA MINIMA: Se refiere a la persona que puede valerse por sí mismo, competente con factores de riesgo mínimo, en pre diagnóstico, pre operatorio, convaleciente, deambula, requiere de auto cuidado universal con asistencia de enfermería orientada a la educación en salud y estabilidad emocional, bajo la supervisión general de la enfermera

GRADO II o ASISTENCIA PARCIAL: Se refiere a la persona que puede valerse por sí mismo pero con ciertas limitaciones, mediano nivel de competencia, con factores de riesgo medio, requiere ayuda parcial, con enfermedad crónica compensada, con alteración parcial de las funciones vitales, en pre y post operatorio inmediato en cirugía de baja complejidad, con medicación oral y/o parenteral máximo cada 6 horas, uso de equipos de rehabilitación y confort,

GRADO III o ASISTENCIA INTERMEDIA: Referido a la persona con factores de riesgo de prioridad mayor mediana, no participa en su cuidado, crónico inestable, agudo, requiere de valoración continua y monitoreo, alteración significativa de signos vitales, con medicación parenteral permanente y tratamiento frecuente con o sin cirugía de mediana complejidad. Puede o no tener usos de aparatos especiales de soporte de la vida

GRADO IV o ASISTENCIA INTENSIVA: Persona críticamente enfermo, inestable con compromiso multiorgánico severo, con riesgo inminente de su vida o su salud, inconsciente, puede requerir sedación y/o relajación, necesita intervención terapéutica no convencional, con tratamiento quirúrgico especializado, demandante de cuidados de enfermería por personal altamente calificado, requiere valoración, monitoreo y cuidado permanente.

GRADO V o ASISTENCIA MUY ESPECIALIZADA: Personas sometidas a trasplante de órganos como corazón, hígado, riñón, médula ósea, pulmón, que requieren cuidados muy especializados, en unidades especiales, equipos y tratamiento sofisticado.

8. **CAMA PRESUPUESTADA:** Número de camas que dispone un servicio de acuerdo al presupuesto.
9. **CAMA OCUPADA O CAMA DIA UTILIZADA POR PACIENTE DIA:** Es la cama ocupada por un paciente durante 24 horas
10. **PORCENTAJE DE OCUPACION:** Relación porcentual entre el total de días cama ocupada o pacientes- días, durante un período y el total de días- cama presupuestada en el mismo período
11. **PROMEDIO DE PERMANENCIA:** Es el total de días de atención prestada a cada paciente egresado durante un período dado (altas y defunciones). Se obtiene dividiendo el total de pacientes día (total que corresponde a los días de estadía) durante un periodo dado, entre el numero de egresos durante dicho periodo.

12. **ESTÁNDAR**

Criterio, regla de medida o de los requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos específicos, con el fin asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Los estándares señalan claramente el comportamiento esperado y deseado en los empleados y son utilizados como guías para evaluar su funcionamiento y lograr el mejoramiento continuo de los servicios.

Los estándares requieren ser establecidos con el fin de contar con una referencia que permita identificar oportunamente las variaciones presentadas en el desarrollo de los procesos y aplicar las medidas correctivas necesarias.

VIII. NORMAS GENERICAS:

1. Cada Servicio de Enfermería deberá establecer el Modelo Conceptual que guíe la prestación del Cuidado Enfermero, considerando los objetivos institucionales y el sistema de organización que le corresponde.
2. La Gestión de los servicios de enfermería prevé en su plan de acción, la dotación del recurso humano, el control y evaluación del desempeño así como la productividad de los servicios de enfermería.
3. La evaluación del desempeño del personal de enfermería es responsabilidad de la gestora de los servicios de enfermería y está orientado al logro de los objetivos del servicio, así como a promover el desarrollo del personal a cargo.
4. La prestación de los servicios de enfermería estará basado en estándares y guías de atención, y la evaluación de la calidad de la prestación será a través de los indicadores previamente establecidos.
5. Los miembros del servicio de enfermería son responsables de formular, revisar y actualizar los objetivos del servicio, los sistemas de trabajo, la asignación de funciones, las normas de atención de enfermería y la provisión de materiales y equipos.
6. Toda Unidad Orgánica de Enfermería contará con normas escritas de los procedimientos administrativos institucionales y del cuidado de enfermería tales como: administración del recurso humano, del manejo y control de recursos materiales, del funcionamiento de los sectores de trabajo, de los registros de enfermería, que guíen y faciliten el cuidado enfermero a los usuarios.
7. Los registros de enfermería constituyen la evidencia de la intervención profesional de la evolución del paciente, el planeamiento del cuidado y la continuidad de la prestación. Además son fuente de datos para la evaluación del cuidado y en el proceso de la mejora continua e investigación.
8. La educación continua, la capacitación y el perfeccionamiento permanente son inherentes al trabajo de enfermería. El Programa de capacitación continua deberá ser determinado por la máxima autoridad de enfermería, de acuerdo a las necesidades de la institución y, el acceso a ésta deberá ser en forma equitativa y generalizada. Las horas de capacitación para la enfermera (o) deberá ser por lo menos de ochenta y cinco (85) horas al año equivalente a cinco (5) créditos.
9. El desempeño de la enfermera (o) se basa en los principios enunciados en el Código de Ética y Deontología, las normas legales del ejercicio profesional así como en el manejo apropiado de la Relaciones Humanas.
10. El proceso de Gestión será asumido por la Enfermera (o) con autonomía profesional, competente y responsable como instrumento para conducir técnica y administrativamente los servicios de enfermería.

IX. NORMAS ESPECÍFICAS:

SOBRE DOTACION DE PERSONAL:

1. El requerimiento del recurso humano de la unidad orgánica de enfermería está basado en un estudio técnico de oferta y demanda de servicios elaborado por enfermería.
2. Constituye responsabilidad de la enfermera gestora de la unidad orgánica de enfermería la Planeación, reclutamiento selección de personal, inducción, entrenamiento, distribución, ubicación, del personal considerando el perfil ocupacional.
3. El servicio de enfermería prevé en su plan de dotación, enfermera (o) calificada (o) para la supervisión, control y evaluación de la prestación del servicio en los diferentes turnos.
4. La asignación de funciones al personal de enfermería está basado en normas técnicas y documentos de gestión teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios, carga de trabajo y disponibilidad de personal.
5. Las asignaciones de trabajo al personal de enfermería para el cuidado de la persona, familia y comunidad, considera los criterios de clasificación de atención de personas según grado de dependencia, la capacidad resolutive del establecimiento de salud, la calificación del personal y el área de desempeño.

SOBRE INDICADORES DE CALIDAD:

1. Todo servicio de enfermería deberá identificar la brecha entre la calidad esperada o sea el estándar y la realidad de la prestación del servicio, cuyo análisis, permitirá plantear procesos de mejoramiento continuo.
2. Los sistemas de prevención, supervisión y control de riesgos reales y potenciales se sustenta en los indicadores previamente establecidos y están orientados a garantizar la calidad de la prestación del cuidado de enfermería.
3. Los informes técnicos y evaluación de resultados de los indicadores forman parte del sistema de información del establecimiento de salud.
4. El análisis y evaluación de la calidad del cuidado utilizará un enfoque sistémico diferenciando la estructura, los procesos y los resultados en el marco de la dimensión técnica, humana y el entorno.

SOBRE ESTRUCTURA ORGANICA:

1. La Unidad orgánica de enfermería es un órgano de línea dependiente de la máxima instancia de dirección de los establecimientos de salud.
2. Enfermería contará con una estructura acorde al nivel correspondiente en la clasificación del establecimiento de salud, en los que se establecerán los niveles de autoridad y responsabilidad.
3. Cada puesto previsto en la organización de enfermería tendrá determinado sus funciones, así como el perfil y requisitos de la enfermera (o) que ocupe el cargo.
4. Los cargos de dirección y jefaturas de enfermería se asumirán mediante concurso de promoción, acorde al reglamento previamente establecido
5. La estructura orgánica de enfermería deberá graficarse e incluirse en la estructura general del establecimiento.
6. Los cargos directivos de enfermería están considerados en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP) del establecimiento de salud, el mismo que deberá mostrar la situación real de la estructura de cargos y del personal que viene desempeñando funciones permanentes, así como preveer la estructura de cargos que se requiere para brindar un servicio de calidad.

7. Deberá considerarse en CAP los cargos directivos mínimos que se requieren para cumplir con las competencias funcionales establecidas en los correspondientes Reglamentos de Organización y Funciones (ROF).
8. La provisión de cargos de las unidades de enfermería deberá responder a un estudio técnico, teniendo como base para su determinación la complejidad de las funciones a desarrollar, los objetivos a lograr, la demanda de atención de salud de la población, entre otros.
9. La estructura básica de los cargos de gestión de las unidades de enfermería, es correspondiente al nivel y complejidad del establecimiento de salud (se detalla en anexos)

ANEXOS

A. METODOLOGIA PARA REALIZAR EL ESTUDIO DE DOTACION DE PERSONAL DE ENFERMERIA

INTRODUCCION

Una vez definidos los objetivos y funciones de una organización, la conformación de una dotación de personal tiene como propósito constituir el número de equipos de trabajo necesarios con personas que reúnan las competencias y valores, para asegurar que la institución pueda conseguir dichos objetivos. Consecutivamente, se hace necesario desarrollar habilidades para coordinar y asegurar el desempeño del conjunto de los trabajadores.

La Oficina Panamericana de la Salud define “dotación de personal” como un proceso integrado para determinar el número y categorías de personal de enfermería requerido para ofrecer un nivel determinado previamente de calidad de atención a una población específica de usuarios (pacientes/clientes).

En tal sentido podemos decir que: La dotación de recursos humanos de enfermería consiste en proveer para las 24 horas del día y los 365 días del año el personal necesario tanto en cantidad como en calidad para poder satisfacer con efectividad las necesidades de atención de enfermería a los pacientes en los diferentes servicios. Un problema permanente en la asignación de personal de enfermería es la necesidad de anticipar la demanda futura de los pacientes con suficiente precisión, pero la demanda de los servicios hospitalarios se basa en cálculo de probabilidades, ya que los ingresos y estancias se encuentran dominados en gran parte por fenómenos causales

METODOLOGÍA EN EL ESTUDIO DE DOTACIÓN DE PERSONAL:

Es necesario aclarar que el Estudio de Dotación de personal de enfermería constituye una responsabilidad y obligación del equipo que gestiona los servicios de enfermería y se debe realizar mínimamente una vez al año, y sustentarlo ante la autoridad previa a la aprobación del presupuesto del Establecimiento.

Para identificar la demanda total del tiempo de enfermería se debe considerar el tiempo para satisfacer las necesidades de los pacientes, de la organización y del personal (educación en el servicio, tiempo administrativo y obligaciones de reuniones de comité)

El promedio diario de ocupación de camas, esta sujeta a considerables fluctuaciones causales y estacionales que no permite confiablemente predecir el personal necesario.

De allí que es necesario identificar los factores que influyen interna o externamente la dotación de personal de enfermería:

Factores externos a enfermería:

Es decir aquellos aspectos que afectan el cálculo razonable de personal en mayor o menor proporción, y que no depende de las gestoras de enfermería determinar una solución; veamos:

- Tipo de hospital: Según sea el Nivel de atención I, II, III, es decir si el hospital es una institución especializada, nacional, regional, etc. El cálculo de personal para atención primaria en comunidad difiere de la atención hospitalaria.
- Infraestructura y Diseño arquitectónico del establecimiento: Dependiendo si la construcción sea vertical y/o horizontal, ambientes multipersonales, bipersonales, unipersonales, ocasionara variaciones en el calculo de personal.
- Disponibilidad de los servicios de apoyo y ubicación de los suministros: Referido a la accesibilidad a servicios como farmacia, suministro de materiales médicos y/o material de esterilización, historias clínicas. La ubicación de los servicios de apoyo como laboratorio, radiología, ocasiona muchas veces contar con un personal específico para el desplazamiento fuera del servicio y no interrumpir el proceso de atención. En Atención Primaria el transporte constituye una forma de servicio de apoyo para la enfermera que debe trasladarse para satisfacer las necesidades de enfermería en la comunidad.
- Políticas de personal: Relacionado a las directrices determinadas como políticas de la institución y que genera variaciones en el cálculo de personal, tales como: programación de vacaciones, licencias, remuneraciones, horarios de trabajo, convenios con universidades.
- Necesidades de atención de pacientes/ usuarios: Demanda de pacientes, grado de dependencia, cama ocupada, porcentaje de ocupación, etc.

Factores internos a enfermería:

Es decir aquellos aspectos que afectan el cálculo de personal en mayor o menor proporción, determinar su solución depende de las gestoras de enfermería; veamos:

- Función de enfermería: En que medida el personal de enfermería ocupa su tiempo en realizar actividades y funciones propias a la atención directa de los usuarios. En hospitales de I Nivel se debe considerar la cantidad de tiempo que se espera que la enfermera participe en actividades de promoción de la salud y programas, además de las actividades dentro del hospital.
- Disponibilidad de personal de enfermería: De que manera la gestora desarrolla estrategias para garantizar la presencia de personal en número apropiado para los diferentes turnos de atención.
- Preparación del personal de enfermería: La garantía de la calidad del cuidado estará en función a la calificación y preparación del personal a cargo, de manera que la gestora deberá desarrollar mecanismos de integración de equipos de trabajo homogéneos, que cuenten con personal idóneo para la atención de enfermería.
- Modos de organización para la prestación en la unidad de paciente: Tener en cuenta que la atención de enfermería se basa en el cuidado integral y holístico al usuario, de allí que la organización de la prestación puede emplear diferentes métodos o combinarlos, siempre y cuando no se pierda el objetivo de la integralidad. (Método de casos, Método funcional, Enfermería en equipo, Enfermería primaria).

- Capacitación de enfermería: La gestora de enfermería tendrá en cuenta la educación permanente en salud y capacitación del personal a cargo a fin de garantizar el cuidado calificado.
- Edad del personal de enfermería con que se cuenta: Es necesario tener en consideración cualquier limitación del personal para otorgar la prestación, en este sentido la edad suele ser un factor a considerar en servicios de alta exigencia como las unidades de cuidados intensivos; sin embargo no podemos afirmar categóricamente que por muy joven o mayor que sea el personal, no es el indicado para laborar en determinada área, es importante evaluarlo a la luz de otras consideraciones del entorno.

I. ESTUDIO DE LA OFERTA:

La oferta esta condicionada por:

- ◆ El número de plazas de personal profesional y no profesional de enfermería, asignadas según presupuesto al Departamento o servicio de enfermería y de ello depende la calidad del cuidado brindado y se le denomina Dotación Anual (DA)
- ◆ La disponibilidad de los recursos humanos en el servicio, representado por el número de personas que trabajan en un periodo de 24 horas que se le denomina Dotación Diaria Existente (DDE), y
- ◆ Las horas de atención que reciben los usuarios para la satisfacción de sus necesidades, que determina el índice de atención de enfermería (IAE),

PROCEDIMIENTO:

1° **Elaborar el cuadro del personal:** consignando los siguientes datos:

- Número de personal asignado (PP y PNP)
- Características del personal (calificación y experiencia)
- Personal que labora en 24 horas por turnos.

SERVI CIOS	PERSONAL ASIGNADO		Tipo de personal				Personal en 24 Horas						TOTAL	
	ENF	TEC. ENF	Nombrado		Contratado		Mañana		Tarde		Noche			
			E	T	E	T	E	T	E	T	E	T		
TOTAL														

2° **Determinar la Dotación diaria existente;** para calcular la dotación diaria se necesita: conocer los días efectivos de trabajo al año por persona, los que se obtienen al descontar los días no efectivos de trabajo del personal de enfermería durante un año, sea por absentismo previsto o imprevisto.

Los días no efectivos de trabajo por el personal, se le denomina **absentismo** y es de dos tipos:

- El absentismo previsto por año: Es el resultado de restar de los 365 días del año los días que se espera que el trabajador no trabajara, por ejemplo:

Días previstos por persona/año:

Franco semanal	=	48 días
Vacaciones	=	30 días
Feridos	=	9 días
Permiso por enfermedad	=	10 días
TOTAL		97 días

- El absentismo imprevisto por año: Es aquel que no es posible programarlo y se refiere a enfermedad temporal o prolongada, licencia por maternidad o por capacitación entre otros.
- El absentismo total: Se establece sumando el ausentismo previsto e imprevisto del total del personal asignado.

Los días efectivos que labora el personal al año en determinado establecimiento o servicio resulta de restar de los 365 días del año el absentismo total obtenido.

En caso de no contar con un estudio de absentismo que lo respalde, se emplea como estándar de días efectivos de trabajo por año **261 días**.

La Dotación diaria existente es el número de personas que trabajan en un periodo de 24 horas, se obtiene con la fórmula:

$$\text{DDE} = \frac{\text{N}^\circ \text{ Personal Asignado} \times \text{Días efectivos trabajo}}{365 \text{ días año}} = \text{N}^\circ \text{ personas}$$

Ejemplo:

En un servicio de Medicina con 28 camas, que cuenta con el siguiente personal asignado 7 enfermeras y 6 técnicos de enfermería totalizando 13 personas (dotación anual), los días efectivos de trabajo por año es 261; se requiere conocer la dotación diaria existente; la cual se obtiene de multiplicar el número de personal por 261 y dividir entre 365 días que tiene el año.

$$\text{DDE} = \frac{13 \times 261}{365 \text{ días}} = 9.29 = 9 \text{ Personas}$$

3° Determinar el Índice de Atención de Enfermería.

Se aplica la siguiente fórmula:

$$\text{IAE} = \frac{\text{Dotación diaria existente} \times \text{hrs diarias trab/pers}}{\text{Número de camas}}$$

Continuaremos con el ejemplo anterior, la dotación diaria existente es de 9 personas que se multiplica por las horas diarias de trabajo que equivale a 6 horas y el resultado se divide entre el número de camas, obteniendo como resultado el índice de atención de enfermería que otorga este servicio que es de 1.92 horas de atención.

$$\text{IAE} = \frac{9 \times 6}{28} = \frac{54}{28} = 1.92$$

II. ESTUDIO DE LA DEMANDA:

Analizar la Demanda implica estudiar las VARIABLES y factores que inciden en la atención de enfermería y calidad del cuidado.

En Hospitalización

- Número de camas
- Grado de uso de las camas
- Período de permanencia
- Número de egresos
- Tipo de pacientes por grado de dependencia de enfermería.

En Centro Quirúrgico:

- Número de quirófanos
- Horas de funcionamiento
- Complejidad de las cirugías

En Consultorios Externos:

- Número de consultorios
- Número de horas de funcionamiento
- Tipo de actividades

En Emergencia:

- N° de ambientes de atención.
- Promedio diario de atención.
- Complejidad de las personas usuarias
- Nivel de resolución del establecimiento
- Promedio de permanencia de las personas usuarios

En Comunidad:

- Atención de enfermería en Programas o Carteras de Salud
- Visitas Domiciliarias
- Charlas Educativas
- Entrevistas
- Otras actividades

El análisis además comprende los siguientes pasos:

1° Determinar el número de horas de atención de enfermería que el servicio requiere para 24 horas:

Aplicamos la siguiente Formula:

$N^{\circ} \text{ Personas/u.} \times \text{Índice Atención} = \text{Horas Necesarias At. Enferm.}$

Si tenemos 28 personas usuarias, multiplicamos por el estándar básico del índice atención que es de 4 horas y obtendremos 112 horas que son las horas necesarias de atención en 24 horas.

Es importante tener como dato el promedio mensual de pacientes que el servicio atiende según grado de dependencia y aplicar la fórmula según el número promedio de pacientes según dependencia;

A continuación cuadro referencial del índice de atención de enfermería para los servicios hospitalarios, tomando como referente el estudio de investigación realizado en 1987, sobre dotación de recursos humanos en enfermería en todo el

territorio nacional, así como las experiencias y evidencias de los servicios de enfermería recopilado en los diversos talleres desarrollados y sustentan el presente trabajo.

INDICE DE ATENCION SEGÚN GRADO DE DEPENDENCIA DE ENFERMERÍA EN 24 HORAS					
Estándar Básico	GD I	GD II	GD III	GD IV	GD V
4.0	3.0	4.0	6.0	12.0	24.0

2° **Calcular el personal necesario para cubrir las horas necesarias de atención de enfermería**, aplicar la fórmula:

$$\frac{\text{Total de Hrs. Necesarias de Enfermería}}{\text{Jornada Laboral}} = \text{Personal Necesario}$$

Ejemplo:

112 horas necesarias dividido entre 6 que es la jornada laboral nos da como resultado 18.7 que equivale a 19 personas.

3° **Distribuir el personal** que se requiere para la prestación, por cada turno, teniendo en consideración la carga de trabajo y funciones, a continuación se muestra un cuadro referencial del porcentaje utilizado en los servicios en la actualidad:

TURNO	% PERSONAL NECESARIO
Matutino	45 a 50%
Vespertino	35 a 30%
Nocturno	20%

4° **Calcular el tipo de personal:** Enfermeras (os) y Técnicos o Auxiliares de Enfermería requerido para la prestación, según el grado de dependencia de los usuarios:

- Grado Dep.I : 30% Enfermeras y 70% Tec. y/o Aux. Enf
- Grado Dep II : 50% Enfermeras y 50% Tec. y/o Aux. Enf.
- Grado Dep III: 70% Enfermeras y 30% Tec. y/o Aux. Enf.
- Grado Dep IV: 80% de Enfermeras y 20% Téc. y/o Aux. Enf.
- Grado Dependencia V: 100% Enfermera.

5° **Cálculo de Personal en Sala de Operaciones:**

Para determinar el número y tipo de personal de enfermería necesario en un quirófano, se toma como base los equipos Quirúrgicos de Enfermería, que estarán conformados por la Enfermera especialista, el Técnico i/o Auxiliar de enfermería y el personal de limpieza; cuyo número estará determinado por la complejidad de los procesos. El cálculo de personal necesario se obtiene al

multiplicar el Número de equipos quirúrgicos necesarios por el número de quirófanos que normalmente funcionarán por turno.

- III. PROPUESTA DE DOTACION REAL ANUAL:** Es el calculo global del requerimiento de personal de enfermería para un establecimiento, Deberá considerarse un 20% de ausentismo como estándar en tanto no se tenga un estudio anual retrospectivo del ausentismo en su servicio.
Se aplica la siguiente fórmula:

$$DA = \frac{N^{\circ} \text{ Camas} \times \text{Índice At.} \times 30.5 + 20\%}{150 \text{ Horas de Trabajo}}$$

N° de Camas	=	Total de Camas del establecimiento
Índice de At.	=	Se utiliza como dato el estándar básico que es de 4 horas
30.5	=	Promedio de días del mes.
150	=	Horas de trabajo mensual.
20%	=	% para cubrir ausentismos

IV. DOTACIÓN DE PERSONAL POR GRADOS DE DEPENDENCIA

Para calcular el personal necesario según grado de dependencia de enfermería se utiliza la siguiente formula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ Pac} \times G. \text{ Depend} \times \text{Índice at}}{\text{Horas de Trabajo}}$$

Ejemplo:

Un Servicio con 107 personas usuarias, con Grado de Dependencia de Enfermería I –II – III - IV, se aplica los índices de atención de enfermería aprobados multiplicados por el numero de usuarios que permite obtener las horas necesarias de atención para cada grado, el resultado se divide entre 6 horas que es la jornada laboral con lo que se obtiene el numero de personal necesario para 24 horas; finalmente utilizando la proporción de personal según grado de dependencia obtendremos el número de enfermeras y técnicos para cada grado de dependencia, se recomienda usar el siguiente cuadro.

Grado de Dependencia	IAE	N° PU	N° horas/24 hrs.	N° Personal Nec/24 hrs.	Enf.	Téc.
I	3.0	5	15	2.5	1	2
II	4.0	51	204	34	17	17
III	6.0	46	276	46	32	14
IV	12.0	5	60	10	8	2
TOTAL		107	555	92.5	58	35

V. CALCULO DE PERSONAL PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

Los servicios de enfermería en Atención Primaria realizan el cálculo de personal utilizando el tiempo promedio por actividad desarrolladas intra y extramuros. A continuación se presenta los tiempos planteados como ejemplo que son necesarios y que garanticen una prestación de calidad.

TIEMPO PROMEDIO POR ACTIVIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN CARTERAS DE SERVICIO

Principales criterios a considerar en el cálculo del personal:

- Población adscrita
- Concentración por tipo de actividad
- N° de horas de atención de enfermería necesarias
- Indicador rendimiento de las actividades básicas

Ejemplo: En las actividades colectivas intra y extramuros los criterios para programar son:

- Número de Visitas por año
- Número de sesiones por año
- Número de talleres por año
- Indicador rendimiento y concentración

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SANO

- Atención inmediata al recién nacido
- Administración de vacunas: HVB, BCG,
- Sesión demostrativa de prácticas saludables que se brinda a la madre y/o responsable
- Control de crecimiento y desarrollo del neonato
- Atención Integral de salud al RN.

Trabajo Intramuro : 30 a 45 minutos
Consejería, Lactancia Materna y Nutrición
Inmunización Cred – Ta – Tepsi – EEDP
Enfermedades prevalentes de la infancia

ESTRATEGIA NACIONAL: TBC/VIH

- | | | |
|---|---|------------------------------|
| - Nuevo | = | 45 minutos por Pers./Usuaría |
| - Continuator | = | 20 minutos |
| - Adm de Medicam | = | 10 minutos |
| - Controles | = | 05 minutos |
| - Registros | = | 15 minutos |
| - Apoyo alimentario | = | 10 minutos |
| - Captación de sintomáticos respiratorios | = | 10 minutos |
| - Control de contactos | = | 20 minutos |
| - Referencia y contrarreferencia | = | 30 minutos |
| - Coordinaciones | = | 60 minutos |
| - Visita domiciliaria | = | 1 hora |

**TIEMPOS PROMEDIO POR ACTIVIDADES EN
NIVEL DE ATENCION I – 3**

ACTIVIDAD	Intramuro	Extramuro
Atención integral del niño Menor de un año (continuador)	20´	
<ul style="list-style-type: none"> - Control CRED - Adm de vacuna - Orientación nutricional - Registro - Adm vitamina A/sulfato ferroso - Elaboración del Plan integral - Lavado de manos 	15´ 5´ 10´ 5´ 3´ 5´ 2	15´ 5´ 10´ 10´ 3´ 10´ 2
Consulta enfermería adolescente sano:		30 minutos
<ul style="list-style-type: none"> - Control CRED-Atención de crecimiento y desarrollo - Plan de atención integral - Consejería integral - Vacunación DTA - Taller de formación de educadores padres - Taller para adolescentes tipo formativo y educativo - Actividades de animación socio cultural, deportiva - Reunión de sensibilización - Visita familiar integral 		
Etapas		
Etapas Niño		
Immunización	10	15
CRED TA	20	30
CRED EEDP Y TEPSI	45	50
Consejería	15	15
Enfermedades prevalentes de la Infancia	20	
Etapas Adolescente		
CRED	15	
Educación en Salud	10	
Vacuna DT	20	
Etapas Adulto		
Preventivo	10	
Immunización en Mujer	10	
Consejería	30	
Etapas Adulto Mayor		
Valoración física, psicológica y nutricional Preventivo	20	
Immunización	10	
Consejería	20	

GESTION SANITARIA:

- Gestión Intramuro 2 horas
- Gestión Extramuro 6 horas
- Supervisión intramural 1 hora
- Supervisión a Otros Establecimientos 6 horas
- Capacitación del recurso humano 2 horas
- Talleres 2 horas
- Visita Domiciliaria Zona Urbana 60 minutos
- Visita Domiciliaria Zona rural 90 minutos
- Visitas a empresas 1 hora
- Sesiones grupales 1 hora
- Escuela Saludable: 02 Visitas por mes, se asigna 02 hrs.
- Familia Saludable: 05 visitas con fichas familiares
- Vivienda saludable 05 por año en puestos de salud y 10 en Centros de salud
- Municipio Saludable 05 por año en puestos de salud y 10 en Centros de salud

ACTIVIDADES MASIVAS O GRUPALES

- Campaña de Atención Integral en Salud = 6 horas por cada evento
- Campañas de Vacunación
- Campaña de Inspección Domiciliaria por Dengue
- Intervención para familias saludables

B. METODOLOGIA PARA REALIZAR EL ESTUDIO DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA GESTION DEL CUIDADO ENFERMERO

1. INTRODUCCION:

La profesión de enfermería tiene en su fundadora Florence Nightingale, la pionera en el manejo de Indicadores, pues es reconocido su aporte en el siglo pasado al llevar el registro de la mortalidad hospitalaria, durante la guerra de Crimea.

Dentro del marco de la concepción actual de la calidad, los Indicadores son indispensables para la evaluación del servicio que se otorga y se constituyen en herramientas o instrumentos de mejora continua de los servicios.

La aplicación de los Indicadores brinda la posibilidad de disponer de instrumentos que guíen el análisis del comportamiento de los fenómenos, facilita su identificación y la toma de decisiones adecuadas.

2. FINALIDAD:

Establecer los parámetros de evaluación direccionados a la medición objetiva de la calidad considerando la eficacia, eficiencia y efectividad del cuidado que otorga enfermería

3. CARACTERISTICAS DEL INDICADOR:

- Disponibilidad: Datos de fácil obtención
- Calidad: Confianza en los datos, es decir no haya datos incompletos, ni diferencia en los registros, ni diferentes criterios.
- Simplicidad: Cálculo sencillo y de fácil interpretación.
- Factibilidad: Que se cuente con el registro de datos necesarios
- Validez: Que haya correlación positiva entre el indicador y la variable que se va medir
- Confiabilidad: Que sea estable y que varíe sólo con el fenómeno que mide
- Utilidad: Que tenga uso práctico
- Especificidad: El indicador debe reflejar sólo el fenómeno que mide

4. TIPO DE INDICADORES:

- Según el enfoque sistémico de salud se clasifican en Indicadores de:
 - Estructura
 - Proceso
 - Resultados

5. ETAPAS EN LA CONSTRUCCIÓN DE UN INDICADOR:

- Describir las actividades: Diagrama de procesos
- Identificar lo que o cómo queremos medir
- Describir los Indicadores
- Determinar la fuente de información del numerador y del denominador
- Definir el estándar de comparación (calidad)

6. ESTRUCTURA DE LOS INDICADORES:

Tomaremos como base la estructura planteada por la oficina de calidad del MINSA, lo que favorecerá su implementación e incorporación de los mismos en el sistema de registro nacional; comprende:

- NOMBRE: Describe puntualmente e identifica al indicador.
- TIPO DEL INDICADOR: señala el ámbito de aplicación del indicador :
Estructura – Proceso – Resultado
- JUSTIFICACIÓN: Datos que sustentan la importancia de lo que se va a medir, así como el beneficio.
- OBJETIVO DEL INDICADOR: Lo que se busca medir con el indicador.
- NUMERADOR: Describe o enuncia la unidad exacta de tiempo o espacio a emplearse en el numerador y en las que se establece la medida
- DENOMINADOR: Describe o enuncia la unidad exacta de tiempo o espacio a emplearse en el denominador y en las que se establece la medida
- UMBRAL O ESTANDAR: Es el nivel deseado de calidad y al que se quiere llegar
- FUENTE DE DATOS: Describe dónde se encuentran registrados y pueden ser obtenidos los datos del numerador y denominador por separado
- TECNICA: Describe la metodología de recolección de los datos
- MUESTRA: Conjunto o unidades de donde se va obtener datos
- PERIODICIDAD DEL INDICADOR: Establece la frecuencia o periodo de medición del indicador.
- UNIDAD RESPONSABLE: Indica la unidad orgánica o área responsable del monitoreo y evaluación del indicador.

INDICADORES BASICOS PARA LA GESTION DEL CUIDADO ENFERMERO

INDICADOR N° 1	
1. NOMBRE	ABSENTISMO LABORAL
2. TIPO	ESTRUCTURA
3. JUSTIFICACION	<p>El absentismo es la ausencia del empleado al lugar de trabajo en periodos programados para laborar, cuya causa podría estar dada por problemas personales o laborales.</p> <p>Se considera absentismo a : falta, permiso, tardanzas, licencias y descansos médicos en el que incurra el trabajador durante el mes programado.</p>
4. OBJETIVO	Determinar el número de horas dejadas de laborar por el personal de enfermería, de las programadas en un mes por servicio y/o establecimiento de salud.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	Nº de horas laboradas
7. DENOMINADOR	Total de horas programadas
8. FORMULA	$\frac{\text{Nº de horas laboradas}}{\text{Total de horas programadas}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	No mayor al 20%
10. FUENTE DE DATOS	Programación Mensual de Personal, Registro de asistencia, Kardex personal del trabajador.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Fuentes: Jefatura de Enfermería, Oficina de Recursos Humanos
12. MUESTRA	Aplicado en todos los servicios de enfermería de los establecimientos de salud según niveles de atención.
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Jefaturas de Enfermería según tipo de establecimiento de salud

INDICADOR N° 2	
1. NOMBRE	ACCIDENTE DE TRABAJO
2. TIPO	RESULTADO
3. JUSTIFICACION	El accidente de trabajo es un evento adverso y circunstancial producido en el ámbito laboral, en el que se desenvuelve el personal de enfermería. En los últimos tiempos la frecuencia de accidentes, especialmente por riesgo biológico se ha incrementado, lo cual conlleva riesgo de enfermedad y muerte. Mide la frecuencia de accidentes de trabajo
4. OBJETIVO	Determinar la frecuencia de accidentes de trabajo en el personal de enfermería
5. TIPO DE MEDIDA	Tasa por mil
6. NUMERADOR	Nº de personal de enfermería que reporta accidente de trabajo
7. DENOMINADOR	Total de personal de enfermería
8. FORMULA	$\frac{\text{Nº de accidentes reportados}}{\text{Total de personal de enfermería}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	Menor al 1%
10. FUENTE DE DATOS	Ficha de reporte de accidentes de trabajo
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera de salud ocupacional y/o jefa de servicio según corresponda

INDICADOR N° 3	
1. NOMBRE	REGISTROS DE ENFERMERIA
2. TIPO	ESTRUCTURA - PROCESO
3. JUSTIFICACION	<p>La evidencia del cuidado enfermero queda documentada a través de los diferentes formatos y/o registros diseñados e implementados por la enfermera, con la finalidad de que el proceso de atención de enfermería sea continuo, oportuno seguro y humano previniendo riesgos en los usuarios y asegurando la calidad del cuidado.</p> <p>Los registros de enfermería contienen un conjunto de información sobre el progreso del paciente y es un referente para el equipo de salud. El sistema de registro establecido es previamente validado y aprobado. Constituye documento de valor administrativo y legal.</p>
4. OBJETIVO	Contribuir al mejoramiento de la calidad del cuidado enfermero a través del correcto manejo de los registros, favoreciendo los procesos de auditoria, de investigación, de supervisión y del cuidado propiamente dicho.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	Nº de registros de Enf. correctos
7. DENOMINADOR	Total de registros evaluados
8. FORMULA	$\frac{\text{Nº de registros correctos}}{\text{Total de registros evaluados}} \times 100$
9. UMBRAL (Estándar)	Mayor del 80% registros correctos
10. FUENTE DE DATOS	Historia clínica, registros de enfermería aprobados para el establecimiento
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión de las Fuentes según los criterios establecidos
12. MUESTRA	Aplicado en todos los servicios de enfermería de los establecimientos de salud según niveles de atención, la revisión porcentual o aleatoria
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral – semestral
14. UNIDAD RESPONSABLE	Jefaturas de Enfermería según tipo de establecimiento de salud, enfermeras asistenciales

INDICADOR N° 4	
1. NOMBRE	INVESTIGACION CIENTIFICA EN ENFERMERÍA
2. TIPO	RESULTADO
3. JUSTIFICACION	Proceso sistemático y ordenado que se convierte en una evidencia del cuidado enfermero cuyos resultados contribuyen al desarrollo de la profesión.
4. OBJETIVO	Conseguir que el profesional enfermero aplique técnicas y métodos de la investigación científica para elaborar y ejecutar proyectos que permitan un auténtico proceso de mejora continua y un desarrollo de la orden.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje de proyectos ejecutados y concluidos
6. NUMERADOR	Nº de investigaciones concluidas por
7. DENOMINADOR	Total de enfermeras
8. FORMULA	$\frac{\text{Total de Investigaciones}}{\text{Total de Enfermeras}}$
9. UMBRAL (estándar)	10 %
10. FUENTE DE DATOS	Registro en la oficina de capacitación
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación documental
12. MUESTRA	No corresponde
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Anual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión

INDICADOR N° 5	
1. NOMBRE	EDUCACION PERMANENTE EN SALUD
2. TIPO	ESTRUCTURA - PROCESO
3. JUSTIFICACION	Proceso orientado a mantener una formación integral con el propósito de actualizar conocimientos y adquirir nuevas destrezas y habilidades que permitan una mejor adaptación al cambio y un desempeño eficiente en el entorno laboral.
4. OBJETIVO	Desarrollar competencias para el ejercicio profesional
5. TIPO DE MEDIDA	porcentual
6. NUMERADOR	Nº de Enfermeras que asisten a sesiones de capacitación Numero de enfermeras capacitadas en la modalidad de educación continua
7. DENOMINADOR	Nº total de enfermeras (os)
8. FORMULA	Numero de enfermeras capacitadas en la <u>modalidad de educación continua</u> x 100 Nº total de enfermeras (os)
9. UMBRAL (estándar)	Mayor al 80 %
10. FUENTE DE DATOS	Registro de asistencia a sesiones de capacitación
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación y control
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera Supervisora, jefa de servicio o según corresponda

INDICADOR N° 6	
1. NOMBRE	TRATO DIGNO
2. TIPO	PROCESO - RESULTADO
3. JUSTIFICACION	<p>El trato digno del usuario es importante como dimensión humana, fundamental en la calidad del cuidado de enfermería, adquiere vital importancia dado a su trato directo con los usuarios a quienes provee servicios asistenciales.</p> <p>Comprende básicamente: El respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona, derecho a la información completa, veraz, oportuna, su consentimiento y el trato amable.</p> <p>La percepción del usuario externo es cada vez mayor, calificando la intervención deshumanizada de los servicios de salud por lo cual es necesario su monitoreo y evaluación.</p>
4. OBJETIVO	Fortalecer la relación directa enfermera (o) paciente y satisfacer las expectativas del usuario.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Nº de usuarios satisfechos según criterios
7. DENOMINADOR	Total de usuarios encuestados o monitoreados
8. FORMULA	$\frac{\text{Nº de usuarios satisfechos según criterios} \times 100}{\text{Total de encuestados o monitoreados}}$
9. UMBRAL (estándar)	Mayor del 80% de los criterios establecidos
10. FUENTE DE DATOS	Encuesta o ficha de monitoreo
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Entrevista y observación, lista de chequeo
12. MUESTRA	Acorde a población- porcentual y aleatoria
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera asistencial, jefatura, Supervisión

INDICADOR N° 7	
1. NOMBRE	VISITA DOMICILIARA
2. TIPO	RESULTADO
3. JUSTIFICACION	Actividad ejecutada por el profesional enfermero tendiente a brindar cuidado a la persona y/o familia en su domicilio. Este cuidado enfermero permite valorar, detectar, apoyar y controlar los problemas de salud de la persona y su familia, potenciando la autonomía y mejorando su calidad de vida.
4. OBJETIVO	Otorgar cuidado enfermero a la persona y su familia en su domicilio.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	N° de visitas domiciliarias efectivas
7. DENOMINADOR	N° de visitas domiciliarias programadas
8. FORMULA	$\frac{\text{N° de visitas domiciliarias realizadas}}{\text{N° de visitas domiciliarias programadas}} \times 100$
9. UMBRAL (ESTANDAR)	80% de lo programado
10. FUENTE DE DATOS	Historia Clínica (epicrisis) y Ficha domiciliaria
11.TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Registro de enfermería, revisión documentaria Entrevista y observación
12. MUESTRA	No corresponde
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14.UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera asistencial y equipo de gestión

INDICADOR N° 8	
1. NOMBRE	EDUCACION PARA LA SALUD
2. TIPO	RESULTADO
3. JUSTIFICACION	Los usuarios de los Establecimientos de Salud de los diferentes niveles de atención, demandan Proceso de enseñanza impartido por la enfermera sobre aspectos preventivo promocionales encaminado a modificar de manera favorable conocimientos, actitudes y hábitos de la persona, familia y comunidad que conduzca a mejores estilos de vida.
4. OBJETIVO	Lograr que la población cuente con educación sanitaria en salud para el cuidado y modificación de estilos de vida.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	Número de personas que recibieron educación para la salud
7. DENOMINADOR	Total de usuarios atendidos en el Establecimiento
8. FORMULA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ personas recibieron educ. en salud}}{\text{Total usuarios atendidos en Establecimiento}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	No menor del 80% de lo programado
10. FUENTE DE DATOS	Registro de producción de actividades de enfermería
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación del Registro de producción de actividades de enfermería. Encuestas
12. MUESTRA	Un servicio o todos los servicios de enfermería del establecimiento.
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Gestora de Enfermería correspondiente-enfermera asistencial.

INDICADOR N° 9	
1. NOMBRE	ALTERACIONES DETECTADAS EN CRED
2. TIPO	RESULTADO
3. JUSTIFICACION	Valoración del niño menor de un año, minuciosa y especializada que desarrolla la enfermera orientado a la detección oportuna de las anomalías y otorga el cuidado específico. Desarrolla actividades de promoción a la salud, protección frente a riesgos.
4. OBJETIVO	Identificación y referencia oportuna de los casos Para el tratamiento especializado
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	N° de Niños con alteraciones detectados
7. DENOMINADOR	Total de niños atendidos en CRED
8. FORMULA	$\frac{\text{N° niños < 1 año alteraciones detectadas}}{\text{Total niños atendidos en CRED}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	100% detectadas
10. FUENTE DE DATOS	Fichas de evaluación y Hoja de referencia
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación y entrevista
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera de programa y/o jefatura correspondiente

INDICADOR N° 10	
1. NOMBRE	INMUNIZACIONES
2. TIPO	RESULTADO
3. JUSTIFICACION	Actividad que realiza la enfermera en el ámbito pre patogénico y que conlleva contribuir a alcanzar coberturas optimas de protección por vacuna Mide la proporción de usuarios vacunados por grupo etáreo y por tipo de vacuna
4. OBJETIVO	Disminuir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades inmunoprevenibles
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Nº de usuarios vacunados por grupo etáreo, por tipo de vacuna
7. DENOMINADOR	Total de usuarios por grupo etáreo en riesgo
8. FORMULA	Nº de usuarios vacunados por grupo etáreo, por <u>tipo de vacuna</u> x 100 Total de usuarios por grupo atareo en riesgo
9. UMBRAL (estándar)	100% de programados
10. FUENTE DE DATOS	Registro de vacunas, Población Programática
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	observación
12. MUESTRA	No corresponde
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera del programa de inmunizaciones o quien corresponda.

INDICADOR N° 11	
1. NOMBRE	CONTROL DE NIÑO SANO
2. TIPO	RESULTADO
3. JUSTIFICACION	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación periódica y programada del niño y tiene como principal objetivo la supervisión de su desarrollo y la promoción de la salud. - Dos de sus pilares básicos son la educación sanitaria y la realización de actividades preventivas (inmunizaciones, y detección precoz de problemas de salud) - Actividad realizada por la enfermera asistencial
4. OBJETIVO	Garantizar el crecimiento normal y óptimo del niño durante el primer año
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje, tasa
6. NUMERADOR	N° de niños que reciben atención de enfermería CRED
7. DENOMINADOR	Total de niños atendidos < de un año
8. FORMULA	$\frac{\text{N° de niños que reciben atención de enfermería CRED}}{\text{Total de niños atendidos < de un año}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	Mayor al 80% de niños atendidos
10. FUENTE DE DATOS	Registro de enfermería
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación, auscultación, palpación del niño y entrevista con la madre
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera asistencial y Gestora

INDICADOR N° 12	
1. NOMBRE	CONTROL DE ENFERMERIA
2. TIPO	Estructura Proceso Resultado
3. JUSTIFICACION	Conjunto de funciones realizadas por el profesional enfermero que están relacionadas al cuidado de pacientes crónicos y programas específicos (HTA, Diabetes IRA, EDA, etc.) desarrollando consejería y seguimiento
4. OBJETIVO	Determinar la demanda y el impacto de la intervención de enfermería en las diversas estrategias sanitarias.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	N° de controles ambulatorios. realizados por las enfermeras x 100
7. DENOMINADOR	Total de enfermeras
8. FORMULA	$\frac{\text{N° de controles realizados}}{\text{N° Controles programados}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	Mayor del 80% de lo programado
10. FUENTE DE DATOS	Registros diarios de atención, Anotaciones de enfermería, tarjeta de paciente
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa
12. MUESTRA	No corresponde
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual – consolidados trimestrales, semestrales y anuales
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera asistencial y/o de gestión

INDICADOR N° 13	
NOMBRE	CAÍDA DE PERSONA USUARIA
2. TIPO	RESULTADO
3. JUSTIFICACION	Está referido al cuidado enfermero que se otorga para garantizar la seguridad del paciente y su entorno durante su hospitalización.
4. OBJETIVO	Garantizar la calidad del cuidado enfermero. Disminuir las tasas de complicaciones intrahospitalarias por esta causa
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	Número de pac. que sufren caída
7. DENOMINADOR	Total de pacientes hospitalizados
8. FORMULA	$\frac{\text{Número de pac. que sufren caída}}{\text{Total de pacientes hospitalizados}} \times 100$
9. UMBRAL (ESTÁNDAR)	Menor del 1%
10. FUENTE DE DATOS	Informe y registros de Enfermería
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa
12. MUESTRA	No corresponde
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera gestora y asistencial

INDICADOR N° 14	
1. NOMBRE	FLEBITIS
2. TIPO	PROCESO - RESULTADO
3. JUSTIFICACION	Mide la calidad de la intervención de enfermería respecto a la técnica correcta de aplicación con y seguimiento a usuarios con catéteres venosos periféricos
4. OBJETIVO	Monitorizar la calidad del procedimiento Monitorizar el proceso correcto de canalización de vía periférica
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Nº de usuarios con flebitis
7. DENOMINADOR	Nº de usuarios con catéter venoso periférico
8. FORMULA	$\frac{\text{Nº de usuarios con flebitis}}{\text{Nº de usuarios con catéter venoso periférico}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	Menor al 1%
10. FUENTE DE DATOS	Registro de usuarios con catéter venoso periférico
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación y lista de chequeo
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera jefa de servicio Enfermera asistencial

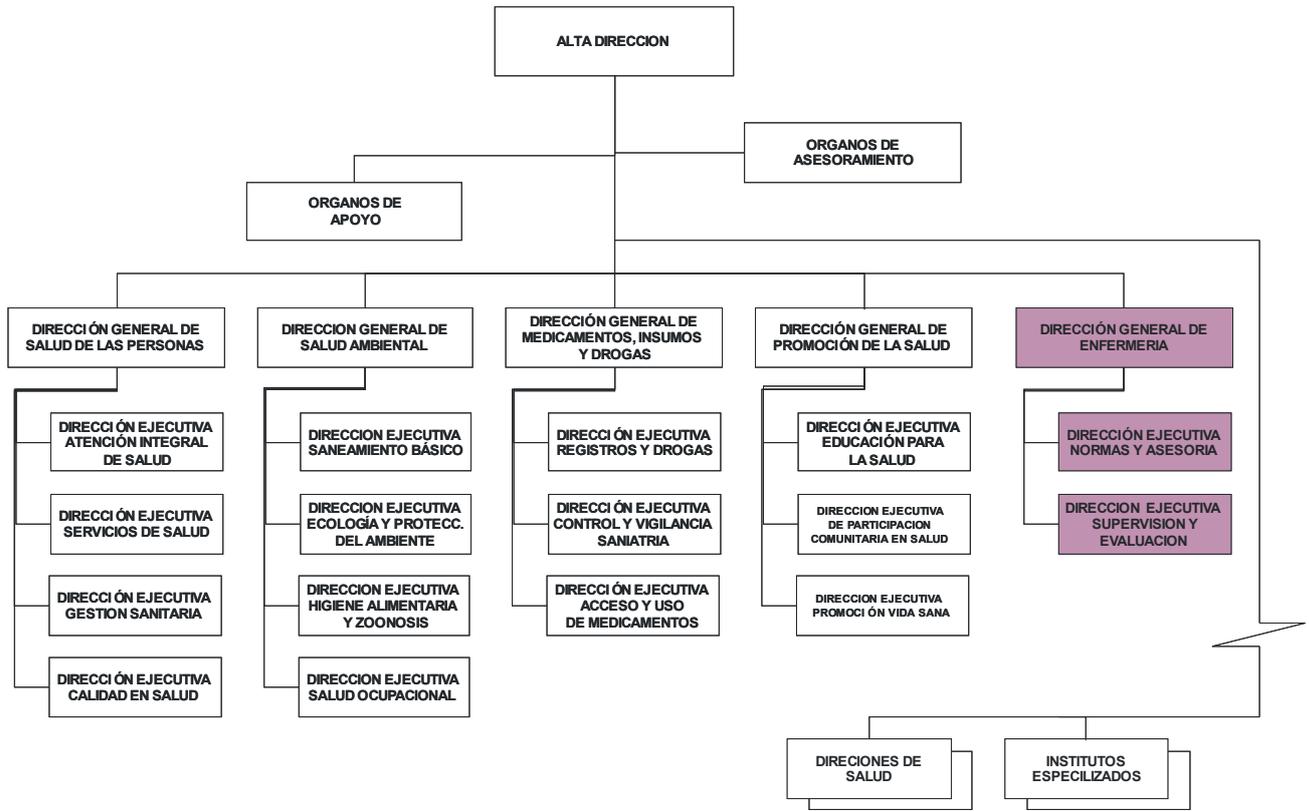
INDICADOR N° 15	
1. NOMBRE	ULCERAS POR PRESIÓN
2. TIPO	RESULTADO
3. JUSTIFICACION	El daño producido en una extensión de la piel y/o tejido subyacente ocasionado por exposición prolongada a presión sobre superficies dura. Este daño es evitable mediante el cuidado enfermero basándose en métodos que disminuyan los factores de riesgo.
4. OBJETIVO	Garantizar la calidad del cuidado enfermero. Disminuir las tasas de complicaciones intrahospitalarias por esta causa
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	Número de pacientes que presentan upp x 100
7. DENOMINADOR	Total de pacientes en riesgo (Dep, III y más)
8. FORMULA	$\frac{\text{Número de pacientes que presentan upp} \times 100}{\text{Total de pacientes en riesgo (Dep, III y más)}}$
9. UMBRAL ESTANDAR	Menor del 1%
10. FUENTE DE DATOS	Registros de enfermería formato de monitoreo
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa, lista de chequeo
12. MUESTRA	No corresponde
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera asistencial y/o gestora

CUADRO DE ESTRUCTURAS DE ENFERMERIA

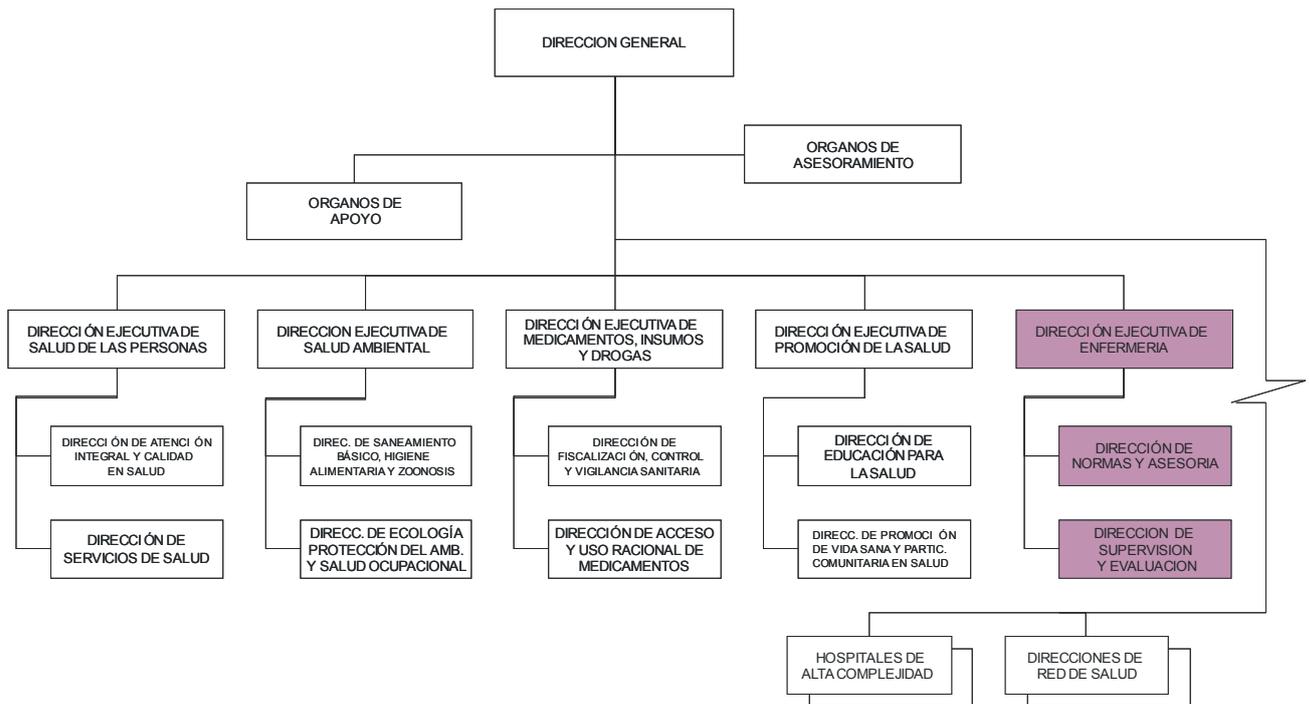
NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO	COMPLEJIDAD	UNIDAD ORGÁNICA	CARGOS
I - 1 I - 2	Puestos de Salud sin y con médico	Servicio de Enfermería	Jefe de Servicio de Enfermería – Coordinadora
I - 3 I - 4	Centros sin y con internamiento	Servicio de Enfermería	Jefe de Servicio de Enfermería - Coordinadora
II - 1	Hospitales generales	Servicio o Departamento de Enfermería	Jefe de Departamento de Enfermería-Supervisoras- Jefes de Servicio
II - 2	Hospital Regional	Departamento de Enfermería	Jefe de Departamento de Enfermería - Supervisoras- Jefes de Servicio
	Micro Red de Salud	Dirección de Enfermería de Micro Red de Salud	Directora de Enfermería de Micro Red de Salud
	Red de Salud	Dirección de Enfermería de Red de Salud	Directora de Enfermería de Red de Salud - Supervisora del Cuidado Integral de Salud – Coordinadora del Cuidado Integral de Salud
III- 1	Hospital Nacional- Regional	Dirección Ejecutiva o Gerencia de Enfermería	Directora Ejecutiva o su equivalente- Jefe de Departamento- Supervisoras- Jefes de Servicio
III- 2	Institutos de Salud	Dirección o Gerencia de Enfermería	Directora/Gerente de enfermería o su equivalente- Supervisoras- Jefes de Servicio

Los cargos propuestos del colegio de enfermeras(os) están resaltadas en negrita y los actualmente vigentes son designadas por concurso de méritos, los cargos en la Red y Micro Red de salud están respaldados entre otras por Res. Ministerial N° 527-2003-SA/DM y la Resolución Ministerial N° 053-2005/MINSA,

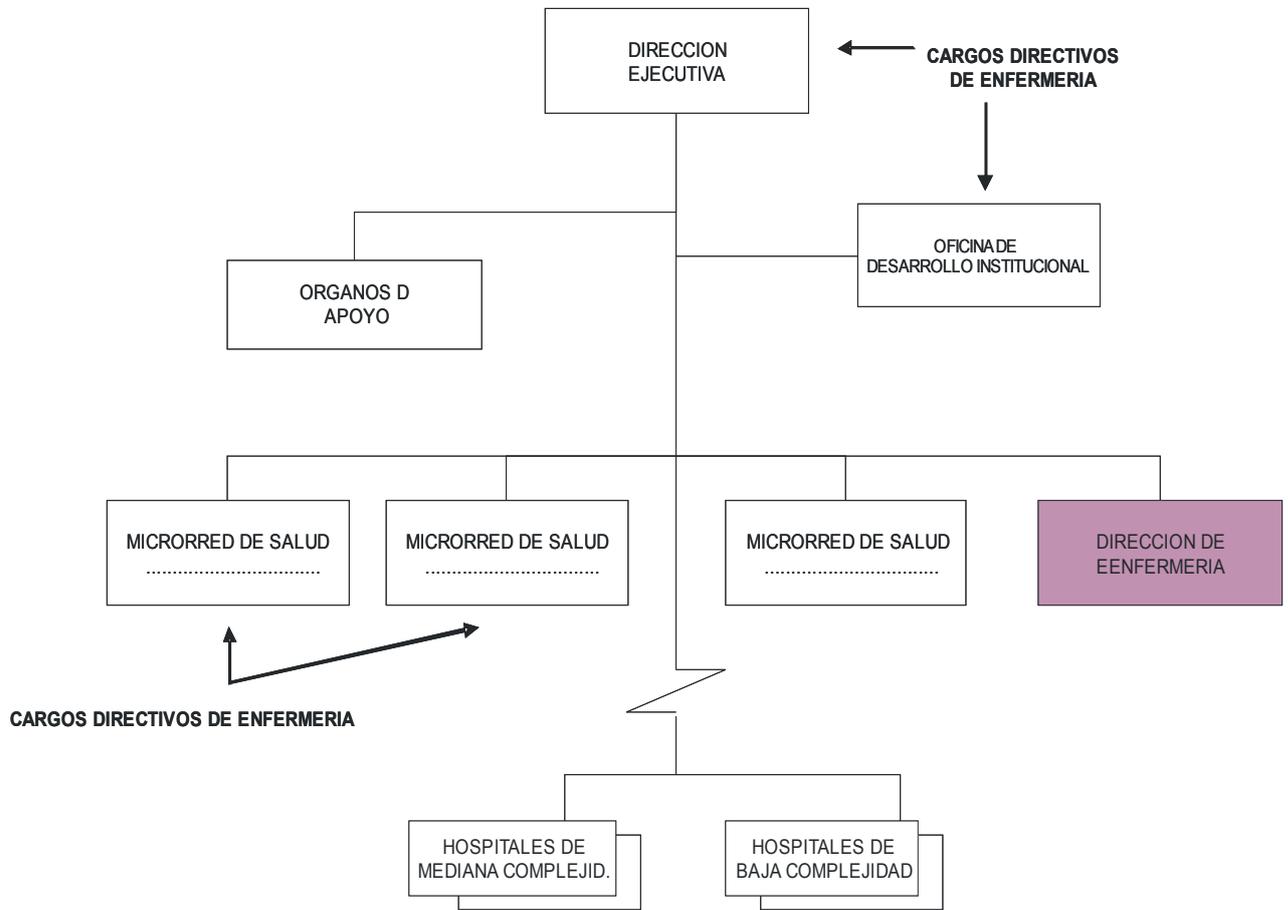
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL MINISTERIO DE SALUD



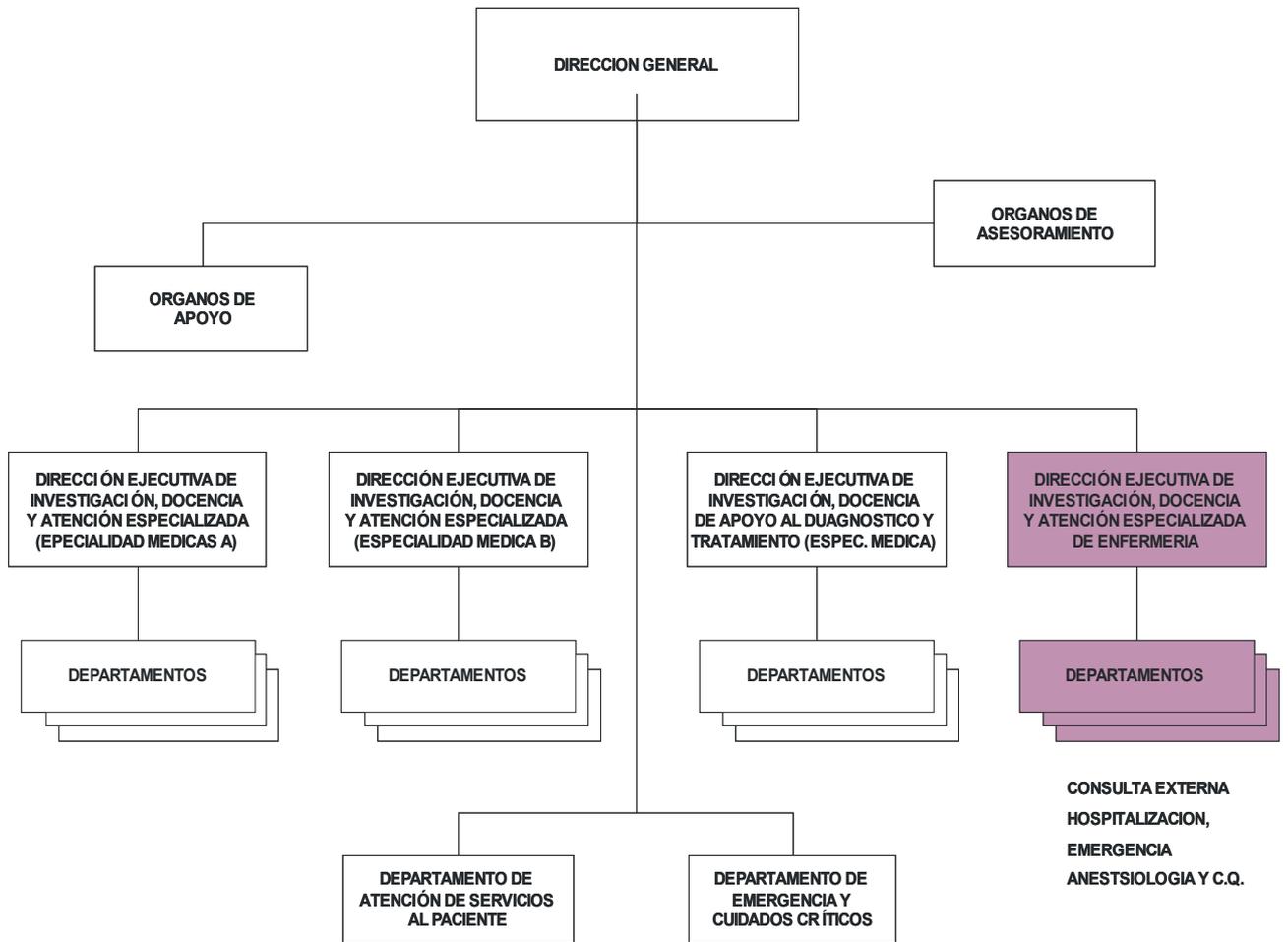
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LAS DIRECCIONES DE SALUD (DIRECCIONES REGIONALES DE SALUD)



ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LAS DIRECCIONES DE RED DE SALUD



ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LOS INSTITUTOS ESPECIALIZADOS



FUENTES DE INFORMACION

BIBLIOGRAFICAS

- Arroyo de Cordero Graciela. (2002). Actualización en enfermería, una responsabilidad profesional .Revista de Enfermería IMSS Bardalez del Águila, Carlos. La Salud en el Perú. Proyecto Observatorio de la Salud.
- Comisión Interinstitucional de enfermería.(2003).Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. N° 3 Indicadores de aplicación hospitalaria. México.
- Diccionario de la lengua española (2005) © Espasa-Calpe S.A., Madrid.
- Donabedian Avedis. (1994). Calidad de la atención en salud. Vol 3 Números 1 y 2.
- Esquivel Velásquez, Adhemar.(2006). “Reflexiones sobre el recurso humano del sector salud en Bolivia” D. Unidad de análisis de políticas sociales y económicas. Bolivia.
- Ministerio de Salud de Managua. (2004). Propuesta de base de cálculo para el personal de enfermería Primer nivel de atención. Dirección de Enfermería
- M. Soledad Barría, Nydia Contardo, Rodrigo Cervantes, Hernán Monasterio. (2004). Manual de Análisis de la dotación de personal en establecimientos de salud No. 57 Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Marriner – Tomey. (1998). Administración y Liderazgo en Enfermería, 5ta Edición, Madrid
- Ministerio de Salud. (2002). Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud. Dirección de garantía de la calidad y acreditación. Lima- Perú
- Ministerio de Salud y Acción Social. (1998). Normas de organización y funcionamiento de servicios de enfermería en establecimientos de atención médica.
- Resolución Ministerial N° 194/95. (2006).Programa Nacional de garantía de calidad de la atención médica. República Argentina.
- Ortega C. Suárez M. Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. Estrategias para su aplicación. Editorial Médica Panamericana. México D.F.
- Organización Panamericana de la Salud (1994). Dotación de personal para los servicios de enfermería en hospitales de distrito para la atención primaria de salud. N° 32, Programa de desarrollo de Recursos Humanos y programa de desarrollo de servicios de salud. OMS, Washington D.C.
- Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. (2006). N° 5. Lima-Perú
- Ortiz Tasson Mirta y otros.(1995). Indicadores de salud. Oficina de mejoramiento de gestión y procesos. IPSS. Lima.
- Vargas Lechuga, Consuelo. (1986). Organización de los servicios de enfermería y sus niveles jerárquicos. México.

HEMEROGRAFICAS:

- Colegio de Enfermeros del Perú. Revista. Año 2- N° 1. Vol. II 1986
- Colegio de Enfermeros del Perú. Revista Año 3 – N° 1. Vol III. 1988.

PERSONALES:

- Arenas Angulo, Ana María.(2008). Conferencias sobre “Estructuras de Enfermería” impartidas en Talleres Regionales. Chiclayo-Arequipa- Huancayo- Lima.
- Bazán Sánchez Carmen; Peralta de Muñoz Reyna; Zapata Silva Irene. (2008).Conferencias sobre “Gestión del cuidado” impartidas en Talleres Regionales. Chiclayo- Arequipa- Lima.
- Carruitero Giove Blanca Elena.(2008). Conferencia sobre “Marco Filosófico y Políticas de Calidad” impartida en Taller Nacional, Lima.
- Doria Bolaños, Carmen.(2008) Conferencia sobre “Indicadores de Enfermería” impartida en Talleres Regionales. Huancayo – Lima
- Montoya Benavides, Amanda. (2008). Conferencias sobre “Dotación de Personal” impartidas en Talleres Regionales. Chiclayo- Arequipa- Lima.
- Moscoso Rojas, Betsy. (2008). Conferencia sobre “Situación de los Recursos Humanos en América Latina y el Caribe” impartida en Taller Nacional. Lima.
- Moscoso Vargas, Carmen. (2008). Conferencia sobre “Indicadores de Enfermería” impartida en Taller Regional. Arequipa.
- Santillán Medianero, Viviana del Carmen. (2008). Conferencia sobre “Indicadores de Enfermería” impartida en Taller Regional. Chiclayo.