



106

NORMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMEROS 2024







“La lección más importante que se le puede dar a un enfermero enseñarle que observar, cuáles síntomas indican mejoras y cuáles lo contrario, cuáles son de importancia y cuáles no, cuáles reflejan negligencia”

Florence Nightingale



CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL 2021 - 2024



Dra. Josefa Vásquez Cevallos
DECANA NACIONAL 2021 - 2024



**Lic. Ana Mercedes
Zúñiga Medina**
VICE DECANA



Mg. Silvia Neyra Alfaro
SECRETARIA I



Mg. Rosa Tuse Medina
SECRETARIA II



**Mg. Arminda Gil
Castañeda**
TESORERA



**Mg. Magdalena Rojas
Ahumada**
VOCAL I



**Dra. Rocío Taboada
Pilco**
VOCAL II



**Lic. John David Paucar
Orrego**
VOCAL III



**Lic. Mercedes Morales
Pérez**
VOCAL IV



EQUIPO TÉCNICO DE EXPERTOS

Responsable:

Magister Ana María Arenas Angulo

Colaboradores:

Doctora Gaby Chávez Zegarra

Mg. Carlos Pérez Pérez

Mg. Rosa Casimira Tuse Medina. Sec II CEP.

Revisores:

Mg. Fressia Olazo Obando

Dra. Josefa E. Vásquez Cevallos

Correctora de estilo:

Lic. Kelly Figueroa A.

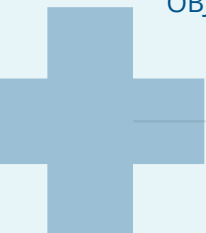


ÍNDICE

PÁGINA



ACTUALIZACIÓN 2024	2
CONSEJO NACIONAL [2012 – 2014]	2
ACTUALIZACIÓN 2014	9
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL [2012 – 2014]	9
ACTUALIZACIÓN DE LA NORMA	11
Gestión 2006- 2008	11
COMISIÓN DE ELABORACIÓN- CONSEJO NACIONAL	12
COMITÉ TÉCNICO	12
PRESENTACIÓN	13
GENERALIDADES PREVIAS	09
EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE DOCUMENTOS NORMATIVOS	09
REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LAS NORMAS DEL COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ	09
REVISIÓN DE DOCUMENTOS DE MINSA, EsSalud Y CIIDEG GEMSES	10
CAPÍTULO I	13
CALIDAD DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO	13
INTRODUCCIÓN	13
I. FINALIDAD	13
II. BASE LEGAL	14
III. OBJETIVOS	14
3.1. OBJETIVO GENERAL	15
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	16
V. VIGENCIA	16
VI. RESPONSABILIDAD	16
VII. JUSTIFICACIÓN	17
VIII. DESCRIPTORES TEMÁTICOS	18
IX. CONCEPTUALIZACIÓN GENERAL ESTANDARIZADA DE TÉRMINOS RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO	19
9.1. CONCEPTUALIZACION GENERAL DE TÉRMINOS	19
Política Nacional de Calidad en Salud. Documento Técnico - RM N° 727-2009/MINSA	21
9.2 CONCEPTUALIZACION ESPECÍFICA DE TÉRMINOS	24
ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	32
EL CUIDADO ÉTICO	33
PRINCIPIOS HUMANÍSTICOS QUE DIRECCIONAN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA QUE TRASCIENDEN LAS CULTURAS	34
ANEXO N° 1	35
GLOSARIO DE TÉRMINOS 40	35
CUIDADOS DEL LICENCIADO(A) DE ENFERMERÍA	35
CAPÍTULO II	40
INDICADORES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO	40
DESCRIPTOR TEMÁTICO	40
INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO, ANÁLISIS Y MEDICIÓN DE LA GESTION DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO	40
I. INTRODUCCIÓN	40
II. ANTECEDENTES	41
III. FINALIDAD	41
IV. USO DE INDICADORES EN ENFERMERÍA	41
V. OBJETIVOS DE LA FORMULACIÓN DE INDICADORES DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO	42
OBJETIVO GENERAL	42



OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
VI. TIPOS DE INDICADORES	43
1.INDICADORES DEMOGRÁFICOS	43
2.INDICADORES DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD	44
3.INDICADORES DE RECURSOS	45
4.INDICADORES ECONÓMICOS RELACIONADOS CON SALUD	45
5.INDICADORES DE DEMANDA DE SERVICIOS	45
6.INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA	46
7.INDICADORES HOSPITALARIOS	46
VII.IMPORTANCIA DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN ENFERMERÍA	47
VIII.METODOLOGÍA PARA FORMULAR LOS INDICADORES DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	47
DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA	47
8.1 ESTRUCTURA DE LOS INDICADORES	47
8.2 CARACTERÍSTICAS DEL INDICADOR	48
8.3 TIPO DE INDICADORES	48
8.4 ETAPAS EN LA CONSTRUCCIÓN DE UN INDICADOR	48
8.5 SEMAFORIZACIÓN	49
8.6 DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	49
DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	49
CAPÍTULO III	74
DESCRIPTOR TEMÁTICO	74
ESTRUCTURA ORGÁNICA DE ENFERMERÍA	74
I.INTRODUCCIÓN	74
II.ANTECEDENTES	75
III.ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL PERÚ	77
IV.RETOS PARA ENFERMERÍA	84
V. RETOS Y DESAFÍOS NACIONALES EN SALUD	85
VI. ANÁLISIS	85
6.1 SUSTENTOS TÉCNICOS Y LEGALES	85
6.2 ASPECTOS QUE IMPIDEN EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE CALIDAD	88
DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	
6.3 DOCUMENTO TÉCNICO “PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DEL	91
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2011-2021	
6.4 FUNDAMENTOS TÉCNICO Y VALOR AGREGADO	92
VII.PROPOSTA DE ESTRUCTURA DE LA UNIDAD ORGÁNICA DE ENFERMERÍA A NIVEL NACIONAL	95
7.1 NORMAS GENÉRICAS A CONSIDERAR	96
7.2 ESTRATEGIAS	96
7.3 SOBRE ESTRUCTURA ORGANICA DE ENFERMERÍA	97
7.4 PLANIFICACIÓN DEL ÓRGANO DE LÍNEA Y LA UNIDAD ORGÁNICA DE ENFERMERÍA	
A NIVEL NACIONAL	98
VII. PROPUESTA DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE ENFERMERÍA NACIONAL	102
VIII.ORGANIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE ENFERMERÍA A NIVEL CENTRAL	106
8.2 CARGOS EN LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE ENFERMERÍA NACIONAL	108
8.3 ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE ENFERMERÍA A NIVEL CENTRAL	110
8.4 ÓRGANO DE ASESORÍA Y ÓRGANO DE APOYO DE LA DIRECCIÓN	
NACIONAL DE ENFERMERÍA	110
8.5 ESTRUCTURA DE ENFERMERÍA DEL NIVEL MACRORREGIONAL (05)	111
8.6 ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE ENFERMERÍA A NIVEL MACRORREGIONAL Y REGIONAL	111
8.7 ESTRUCTURA DE ENFERMERÍA ANIVELREGIONAL	112
8.8 NIVELES DE COMPLEJIDAD Y CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	114
8.9 ESTRUCTURAL DE ENFERMERÍA EN LAS REDES Y MICROREDES DE SALUD	114
8.10 ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE ENFERMERÍA A NIVEL REDES Y MICROREDES	114
8.11 CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS POR INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD	115
8.12 ESTRUCTURAS DE ENFERMERÍA SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN	115
IX CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	220



DRA. JOSEFA EDITH VÁSQUEZ CEVALLOS

**Decana Nacional del Colegio
de Enfermeros del Perú**

PRESENTACIÓN

La actual publicación titulada “Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero 2023”, es un documento técnico normativo actualizado, en razón a los avances tecnológicos que influyen en los procesos que desarrolla el personal de enfermería, para alcanzar servicios de calidad a la población asistida en el ámbito nacional.

El presente documento técnico - normativo fue inicialmente aprobado con Resolución N° 237-2008 del Consejo Nacional; luego de siete años actualizado mediante Resolución N° 366-2015 CN/CEP. A los ocho años se acordó en Consejo Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú otra actualización de la Norma, que ha sido aprobada mediante Resolución N° 366-15 del Consejo Nacional actual.

Su contenido refleja los resultados de un trabajo en equipo. Desarrollado con la participación de los miembros del Consejo Directivo Nacional, el Comité Científico e Informes Técnicos, el Equipo Técnico

de Expertos y la colaboración de miembros de la orden en cargos de dirección para consolidar, unificar y concretar normas de gestión que aseguren y garanticen la calidad del Cuidado Enfermero a la persona, familia y comunidad. A través de la utilización de los instrumentos actualizados para la gestión de calidad.

Versa sobre la conceptualización estandarizada, sobre términos relacionados a la gestión de la calidad del cuidado que todo gestor debe considerar en el ejercicio diario. Como la organización estructural de los servicios de enfermería que responda a las necesidades en todos los sectores del Sistema Nacional de Salud. Ello se refleja en los indicadores de gestión que sirven para dar a conocer los resultados de las intervenciones asistenciales, administrativo-gerenciales, de docencia e investigación del personal de enfermería. Así como la metodología para la identificación de las brechas y la dotación del personal de enfermería, permitiendo un equilibrio entre las necesidades de los usuarios y la carga de trabajo; sirviendo de alcance para la administración y gestión de los servicios de salud.

Esperamos que el presente documento normativo constituya un respaldo técnico, especialmente para los Miembros de la Orden que tienen la responsabilidad de dirigir y liderar los servicios de enfermería, en un contexto marcadamente cambiante y complejo.

GENERALIDADES PREVIAS

EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE DOCUMENTOS NORMATIVOS

Evaluación y análisis de documentos normativos previos y recientes del Colegio de Enfermeros del Perú (CEP) y los elaborados por el organismo rector Ministerio de Salud (MINSA), así como el modelo utilizado en el Seguro Social de Salud (EsSalud) y el modelo del Centro de Investigación, Innovación, Desarrollo y Gestión (CIIDEG) aplicado en las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).

Las exigencias para desarrollar coberturas crecientes y de mejor calidad en la provisión de servicios de salud, ha determinado la introducción de una serie de nuevas prácticas gerenciales, tanto en los subsectores como en las diversas instituciones en las que se requiere modernizar los sistemas actuales de gestión y de dotación de recursos humanos, en salud y en especial en enfermería.

Si consideramos las diversas realidades y niveles de atención, el fortalecimiento y efectividad organizacional; se pone a prueba la capacidad de los gestores en salud y en enfermería para obtener el personal adecuado. Distribuirlos con criterios de equidad, calidad y eficiencia; y en algunos casos, con el desarrollo de estrategias y programas de mantenimiento y retención del personal.

La dotación de personal de enfermería tiene como propósito constituir el número de equipos de trabajo en cada servicio y en cada turno necesario; con personas que reúnan las competencias y valores para asegurar que la institución pueda conseguir los objetivos de calidad en la atención y en el cuidado holístico a los usuarios. Consecutivamente es indispensable desarrollar habilidades para dirigir, coordinar y asegurar el desempeño del equipo conjunto de personal, en este caso de enfermería a cargo de las administradoras gestoras.

Los objetivos de las organizaciones no siempre están claramente definidos, los estudios de necesidades de servicios y de demanda de la población no siempre están claros. Cada institución tiene una historia y una cultura que muchas veces ha determinado crecimiento poco armónico entre la demanda y la oferta de personal de enfermería; ya sea respondiendo a determinadas contingencias o, intentando aprovechar una oportunidad de manejo presupuestal, tal como ocurrió en la pandemia.

Existen múltiples normas que no arriban a los resultados esperados, debido a la falta de socialización y discusión con nuestros actores principales y sobre todo con nuestro Colegio Profesional, antes de elaborar un documento oficial relacionado al trabajo de la enfermera. Muchas veces autoridades de turno elaboran reglamentos que no se ajustan a las responsabilidades, funciones y actividades fundamentales de la profesión de enfermería, esto por desconocimiento de la esencia de la profesión.

Recordemos que el Colegio de Enfermeros del Perú, de acuerdo con la Ley, es la entidad máxima representativa de la profesión de Enfermería y norma el ejercicio profesional. Por tanto, las autoridades tienen la obligación de convocar al Colegio de Enfermeros ante la necesidad de elaborar o cambiar cualquier tipo de norma de su referencia.

REVISIÓN DE DOCUMENTOS DE MINSA, EsSalud Y CIIDEG GEMSES



En la actualidad se ha visto conveniente actualizar la norma, debido a que el MINSA y EsSalud han elaborado normas diferentes. Y en los establecimientos de salud privados se está utilizando un modelo moderno automatizado CIIDEG que sirve también para el establecimiento de la brecha y dotación de personal de enfermería con otra metodología.

El presente documento pretende brindar un apoyo a los gestores, contribuyendo con el análisis de la disponibilidad de recursos humanos en cada establecimiento de salud de las diversas instituciones, a fin de determinar la dotación de personal que debiera tener un sistema u organización de salud. Se consideran las necesidades y perspectivas de los usuarios, tanto internos como externos, importante a tener en cuenta al momento de delimitar lo que es posible obtener del recurso humano.

En primer lugar, se intenta dar respuesta a la pregunta ¿es posible conocer qué personal se requiere para obtener determinadas coberturas poblacionales y/o la satisfacción real de las necesidades de salud de la población? Para ello, se requiere de importantes estudios como la sistematización de programas nacionales y de demanda si los hubiera y avanzar en estándares nacionales que permitan transformar el número de prestaciones requeridas y al personal necesario para realizar esos servicios. A esto hay que agregarle la necesidad de analizar la efectiva disponibilidad de recursos humano para ir adecuando las coberturas. En segundo lugar, para determinar lo que debe ser, se requiere la fijación de estándares que permitan comparar la disponibilidad del recurso actual para su cumplimiento.

La fijación de estándares a nivel nacional, plantea problemas distintos. ¿se tomarán estándares de acuerdo a la calidad de atención otorgada hoy o se fijarán estándares que mejoren la calidad?. Para determinar los estándares se debe convocar a expertos en gestión de los servicios de enfermería y como resultado de este ejercicio se obtengan estándares que sean factibles de ser implementados.

Se busca contar con disponibilidad de personal, recursos materiales e informáticos, y así el incremento de la calidad de atención para que nunca se vea vulnerada y afectada. Porque en cada situación de conflicto, siempre los únicos responsables son los profesionales de Enfermería y no las autoridades responsables de las instituciones que minimizan el trabajo de quienes representan la fuerza laboral más grande en salud. Es, por tanto, importante contar con estándares que permitan la sostenibilidad de la gestión de la calidad de Enfermería a largo plazo.

En razón a lo expuesto, es necesario recordar lo profundo de las expresiones de la máxima autoridad en salud del mundo, quien sostiene: «Los profesionales de Enfermería son la columna vertebral de cualquier sistema de salud; alentamos a todos los países que inviertan en el personal de Enfermería como parte de su compromiso de salud para todos», Dr. Tedros Abhanom Ghebreyesus, director general, de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los estándares no siempre le servirán al gestor local que pudiera contar con personal, por sobre o por debajo de este estándar; y no sabe en realidad si ello se justifica efectivamente, dado el tipo de pacientes que se atienden. Los grados de dependencia u otras variables pueden variar en cualquier momento, y eso influye en la entrega del servicio al usuario externo; y el estándar no se puede ingresar en tiempo real, debido a la carga de trabajo y la carencia de una plataforma virtual que lo facilite.





En la mayoría de nuestros establecimientos de salud, los estándares solo están determinados para algunas prestaciones como los procedimientos. Pero, todos los otros aspectos intangibles que corresponden a la valoración e intervención por las necesidades emocionales, mentales, sociales y espirituales son invisible, no dan cuenta de la totalidad del quehacer del personal de enfermería; aquí también se encuentran las actividades administrativas, de capacitación, docencia y de investigación. Sin embargo, otros profesionales si las contemplan dentro de sus horas de trabajo.

Se trata de establecer si para el mismo número de actividades que realiza el personal disponible es suficiente, insuficiente o más que suficiente. Después de revisar y optimizar los principales procesos que requieren esas actividades en el establecimiento de salud; las enfermeras, administradoras y gestoras destacan la insuficiencia de personal en los tres niveles de atención. Identifican las siguientes causas:

Las normas han sido modificadas en los subsectores de salud como MINSA, EsSalud, clínicas privadas, policlínicos municipales, entre otros. Sin embargo, no se ajustan a las normas emitidas por el Colegio de Enfermeros del Perú que es la entidad normativa del ejercicio profesional. La asignación de personal de enfermería se hace sin criterios definidos, por tradición o costumbre. Los índices enfermera-paciente para el cálculo de personal, se consideran de manera autoritaria e inadecuada. Existen diferencias importantes en las instituciones del sector salud, en el manejo de los porcentajes asignados para el personal profesional y no profesional. No obstante, se conoce que todas las funciones, actividades y tareas del cuidado al paciente-usuario son de responsabilidad total de la Licenciada, Magister, Doctora o Especialista en Enfermería y esta función es delegada en tareas o actividades de menor complejidad al personal técnico de Enfermería y auxiliares; siempre supervisados. No se trata del remplazo de la enfermera por el personal mencionado, porque se estaría induciendo al intrusismo y al ejercicio ilegal de la profesión por parte de las autoridades de salud; como ocurre en el primer nivel de atención, incumpliendo las normas establecidas por ley.

En otras instituciones, el personal de enfermería no se asigna atendiendo al grado de complejidad de las intervenciones de enfermería; existen estándares para cada estado (USA). Las normas son desconocidas por gran parte del personal y los recursos humanos se ajustan a los presupuestos, no a las necesidades de los usuarios.

Oportunidades y soluciones

Al actualizar las normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero, estandarizado y sistematizado los procedimientos, las condiciones de planificación y ejecución de las funciones; las actividades para las (os) profesionales de enfermería se simplifican y se obtienen mejores condiciones de trabajo. Se impulsa el cuidado de enfermería con la calidad que se requiere y exige. Se humaniza el trato para los usuarios internos y externos de las organizaciones de salud.

Sumado a ello, el cambio o rotación permanente de autoridades en el Ministerio de Salud y en el Seguro Social afectan las normas establecidas por el CEP y por las autoridades salientes. Además, en los establecimientos de salud privados y municipales no existe una normatividad emanada por el ente rector, lo cual propicia el desorden a nivel nacional. Por tal motivo, el CEP como entidad normativa del ejercicio profesional, a través de su Consejo Directivo Nacional, ha visto por conveniente trabajar la Norma vigente hace ocho años; la actualiza y fortalece con conceptos actuales para ser presentada ante el MINSA, con la finalidad de su anuencia y rectificación en busca de la mejora y calidad; con alcances de

modernidad y uso de nuevas tecnologías de la informática. Objetivo estratégico que abordaremos en el presente trabajo.



Equipo Técnico de Expertas en Administración y Gestión de los Servicios de Enfermería que participaron en la actualización de la Norma Técnica de Gestión de la calidad del Cuidado Enfermero 2024:

- **Consejo Directivo Nacional del CEP**

Dra. Josefa Vásquez Cevallos Decana Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú.

- **Equipo de expertos Responsables:**

- Dra. Ana María Arenas Angulo

Presidenta de la Asociación Peruana de Enfermeras Administrativas y Gestoras

Ex Directora de la Escuela de Liderazgo del CEP. Miembro del Comité de Ética

del CEP Past. Decana Nacional el CEP. Ex Directora de la Universidad Norbert Wiener

- **Miembros:**

- Dra. Gaby Chávez Zegarra

Jefa de Departamento de la Red Asistencial Guillermo Almenara Irigoyen

Docente de la Universidad Norbert Wiener. Expositora nacional de temas de gestión hospitalaria.

Consultora sobre temas de administración y gestión estratégica

- Mg. Carlos Pérez Pérez.

Asesor II de la Gerencia de Central de Calidad y Humanización de EsSalud.

Director de proyectos del Centro de Investigación, Innovación, Desarrollo y Gestión.

Docente de la Universidad Señor de Sipán USS. Universidad Andina del Cusco UAC.

Centro de Investigación, Innovación, Desarrollo y Gestión, CIEDEG.

Ex Jefe de Departamento de Enfermería I. del Instituto Nacional del Corazón INCOR.

- **Colaboradoras:**

- Mg. Rosa Tuse Medina Vocal II del Consejo Directivo Nacional del CEP 2021- 2024.

- Mg. Miriam Ortiz jefa de Departamento de Enfermería del Hospital Docente

Materno Infantil San Bartolomé MINSA.

- Mg. Margarita Gamboa Urbina jefa de Departamento de Enfermería del Hospital

Militar Central.

- Mg. Andrea Chávez ex jefa de Departamento de Enfermería del Hospital Militar Central.

- Mg. María del Rosario Pascual, ex jefa de Departamento de Enfermería

del Hospital Nacional Dos de Mayo.

- Mg. Doris García Pretel, ex jefa de Departamento de Enfermería

del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

- Mg. Reina Hidalgo Quispe, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud.

- Mg. Ana María Cabello Lostanau, directora de Enfermería de la Clínica Ricardo Palma.

- Mg. Lola León, Ex Coordinadora del cuidado del Primer Nivel de Atención.

- **Coordinación con autoridades de recursos humanos de MINSA, EsSalud y CIEDEG para obtener las normas técnicas vigentes**

Resolución Ministerial N° 176-2014/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Metodología de cálculo de Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención.

Dr. Javier del Campo Sánchez Miembro técnico del Equipo del Área de Planificación de la Dirección General de Personal del MINSA sobre la Norma Técnica sobre establecimientos de las Brechas en los Establecimiento de Salud del MINSA.



Coordinación con jefas de Dpto. de Enfermería de los hospitales nacionales del MINSA, ESSALUD, FFAA, PNP, Clínica Ricard Palma.

R.M. N° 176- 2014/MINSA aprobó la Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención.

Reuniones de coordinación con Enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins: Mg. Reyna Hidalgo y Mg. Blanca Bernuy. Enfermera Supervisora.

Reunión con enfermeras jefas de Departamento, jefas de Servicios, y Supervisoras del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Hospital Nacional Cayetano Heredia y del Hospital Nacional Dos de Mayo, Hospital Docente San Bartolomé, Hospital Nacional Central (Militar), Clínica Ricardo Palma.

Coordinaciones múltiples con Enfermeras de Asociaciones y Sociedades Científicas.

CAPÍTULO I: **CALIDAD DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO**

INTRODUCCIÓN

La salud entendida como un derecho universal de las personas, así como el acceso a la calidad de servicio y el cuidado integral, se constituyen en un deber profesional categórico de los profesionales de la salud. De este modo, la enfermera(o) buscan mejorar la vida del usuario externo: persona, familia y grupos comunitarios; propiciando su desarrollo personal, laboral y social.

El Colegio de enfermeros del Perú al ser una entidad normativa del ejercicio profesional de la Enfermera(o) conforme a Ley, considera importante analizar y actualizar, de acuerdo a las exigencias actuales, los instrumentos técnico- administrativos que direccionan la gestión de los servicios de salud; en los cuales, la enfermera tiene una intervención de alta responsabilidad sanitaria y social.

El Reglamento de Ley N°27669 del Trabajo del Enfermero Peruano, refiere que el profesional de Enfermería interviene en la prestación de servicios de salud integral en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística; en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud; mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad. Por lo tanto, es un imperativo ético y moral satisfacer las necesidades de nuestra población. Se consideran los principios de calidad en todo su accionar, al tener como sujeto del Cuidado Holístico Enfermero al ser humano, durante todas las etapas de la vida; tanto sano como enfermo, desde la concepción hasta la muerte.

La complejidad generada por los vertiginosos cambios de las ciencias, la tecnología y la globalización, exigen a los profesionales de salud y en particular a las Enfermeras(os) una preparación especializada de alto nivel. Para ofertar a la conocedora y exigente sociedad actual, una gestión de la calidad del Cuidado Enfermero que brinde seguridad; respaldada en criterios de equidad, racionalidad y humanismo.

La gran preocupación que existe en todas organizaciones de salud a nivel internacional, por la búsqueda incesante de niveles más altos de calidad en sus servicios, se encuentra fundamentada en las evidencias de que la calidad siempre ha cobrado un papel protagónico como exigencia de los usuarios.

Y constituye el factor fundamental, para que las enfermeras(os) fortalezcan sus competencias en grado máximo al servicio de la salud y la vida de las personas sanas o enfermas. Base para el avance, desarrollo y real sostenimiento de las organizaciones y, sobre todo, la satisfacción de sus usuarios internos y externos.

Los establecimientos de salud se consideran como entidades productoras de servicios sanitarios, en manos de potencial humano especializado en diferentes funciones. La Enfermería permanente e integral tiene como prioridad desarrollar una gestión competitiva que responda a las exigencias de salud de la sociedad y a los imperativos éticos y deontológicos profesionales.

El importante y complejo rol desempeñado por la enfermera(o) es de trascendencia al ser responsable del cuidado integral de la persona, familia y grupos de la comunidad; en el continuum salud enfermedad, durante las veinticuatro horas del día y los treientos sesentaicinco días del año, reduciendo riesgos y daños. Promociona seguridad en sus procesos, procedimientos e interviene en el tratamiento de la recuperación y la rehabilitación de la salud. Se traduce en indicadores de gestión que permiten medir los estándares de calidad en el cuidado de la salud. En razón a ello, las enfermeras(os) gestoras lideran diferentes procesos; en los cuales se deben establecer procedimientos, pautas, normas, reglamentos, manuales, protocolos o disposiciones generales y particulares que permitan obtener el éxito en relación al cuidado del usuario interno y externo. Ello demanda elaboración técnica, así como el uso adecuado y oportuno de todas sus facultades, habilidades intelectuales y de instrumentos que fortalezcan su gestión.

La prestación de calidad y seguridad de los servicios es sin duda una preocupación medular en la gestión de Enfermería; no sólo por la aspiración a la mejora de las capacidades institucionales en los organismos y dependencias sectoriales de las que forma parte, si no 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.

Conforme con lo antes expresado el trabajo aborda la conceptualización general estandarizada de términos relacionadas a la calidad y al cuidado; la estructura organizacional de enfermería; los indicadores de calidad de enfermería que permiten visualizar los resultados de las situaciones presentadas en los servicios; y de las intervenciones terapéuticas de enfermería; analizarlos, tomar decisiones y establecer planes de mejora continua para aquellos indicadores en los que no se obtenga las respuesta óptimas esperadas; y la metodología para establecer el cálculo de la brecha del personal de Enfermería; dando pase a un proceso real, justo y técnico de dotación del personal de enfermería y propicie la satisfacción plena del usuario y familia.

I. FINALIDAD

Alcanzar a los miembros de la orden del CEP un documento técnico- normativo actualizado, para contribuir a la Gestión de la calidad del Cuidado Enfermero en el fortalecimiento y desarrollo de los procesos de la gestión del potencial humano de enfermería prioritarios, orientado al usuario interno y externo.

II. BASE LEGAL

Estatuto y Reglamento del Colegio de Enfermeros del Perú
Ley 27669 de Trabajo de Enfermera.

Resolución N°141-87-CN /CEP, que aprueba los indicadores a aplicarse en la dotación de recursos humanos en enfermería.

Decreto Supremo N° 1025 del 20 de junio de 2008, que aprueba las Normas de Capacitación y Rendimiento para el sector público.

Decreto Supremo 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.º 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 las Direcciones de Red de Salud y Supervisores del Cuidado Integral y de Enfermería para Redes.

Resolución Ministerial N° 769-2004/ MINSA, que aprueba la Norma Técnica N.º 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 sector público y privado.

Resolución Ministerial N° 527-03 SA, que establece los cargos clasificados pueden establecerse en los cuadros para asignación de personal de los Institutos especializados para hospitales y órganos de enfermería.

Resolución de Gerencia General N° 1008 -GG-ESSALUD-2014 "Normas generales para la programación de actividades asistenciales en horas ordinarias de ESSALUD".

Resolución de Gerencia General N° 1008-GG-ESSALUD-2014. Programación de las actividades asistenciales de los profesionales y no profesionales.

Resolución de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo N° 001-OCPD-ESSALUD-2013.

Estándares de Rendimiento Laboral de las principales actividades asistenciales del Licenciado de Enfermería y Técnico Asistencial de Enfermería.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Actualizar las Normas de Gestión de Calidad del Cuidado Enfermero, para las unidades orgánicas de enfermería de los diferentes niveles de atención de salud, así como los indicadores de gestión de la calidad; la estructura organizativa, acorde a las exigencias actuales; la estandarización de los procesos de cálculo de las brechas de personal de enfermería; la planificación de la dotación de los recursos humanos, acorde a las necesidades de los usuarios y de los establecimientos de salud; haciendo uso de una plataforma virtual que permita su operativización en cada establecimiento de salud, tanto público como privado, para obtener resultados nacionales.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **1.** Actualizar y obtener un documento técnico sobre la conceptualización de la Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero que permita establecer los criterios estandarizados a nivel nacional, orientado a obtener los mejores resultados en los diferentes ámbitos del desempeño profesional.
- **2.** Actualizar y sistematizar la aplicación de **indicadores de gestión de la calidad de Enfermería** que sustenten la gestión de la calidad de los cuidados enfermeros y permitan visualizar aspectos fundamentales de sus servicios.
- **3.** Determinar los razonamientos fundamentales para el **diseño de la estructura orgánica de enfermería** a nivel nacional y los cargos indispensables para su funcionamiento óptimo de los servicios de enfermería en los diferentes niveles de atención.
- **4.** Actualizar y sistematizar la **metodología para la estimación del cálculo de brechas del personal de enfermería, y la implementación de estrategias de dotación de recursos humanos en las Unidades de Vivienda para Refugiados (RHU)** para la unidad orgánica de Enfermería, que sea aplicable en cualquier establecimiento de salud a nivel nacional.
- **5.** Identificar las prestaciones -cartera de servicios- de responsabilidad de la enfermera(o) en los tres niveles de atención (I, II y III) y por Unidades Productoras de Servicios de Salud; estableciendo una relación entre los criterios institucionales con las demandas de los ciudadanos, respecto a las prestaciones colectivas e individuales que debe ofertar el personal de enfermería en el sistema nacional de salud. **modelo ideal/real de dotación de recursos humanos de Enfermería**

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

- **1.1.** Las normas establecidas en el presente documento técnico, 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. En el desempeño liberal, en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, sean estos públicos: en todas las unidades orgánicas de MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas (FFAA), Policía Nacional del Perú (PNP), establecimientos de salud Municipal distrital o provincial; o privados: clínicas privadas y otras organizaciones de salud, así como en el ejercicio privado de la profesión en todo el territorio de la República.

V. VIGENCIA

El presente documento tiene una vigencia de 3 a 5 años a partir de la fecha de aprobación de la Resolución del Consejo Nacional del CEP.

VI. RESPONSABILIDAD

- 1.2.** La difusión, cumplimiento y control de la presente Norma técnica es responsabilidad de enfermeras en cargos de dirección.
- 1.3.** La implantación y la supervisión de la presente Norma es responsabilidad de las directoras de Enfermería, las jefas de Departamento de Enfermería.
- 1.4.** La implementación, el seguimiento y el control es responsabilidad de las supervisoras y las jefas de los servicios de Enfermería.

VII. JUSTIFICACIÓN

Existe un consenso sobre las implicancias socioeconómicas que tiene la salud y sobre su impacto en el crecimiento económico (Bloomet al.). Por ello, el afán de la gran mayoría de países, no es sólo el de ampliar la cobertura de sus sistemas salud; sino mejorarla calidad de los mismos en las condiciones de vida de las personas y su preparación para enfrentar con éxito los retos futuros en el exigente mundo que se avecina.

El Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN) en cuanto a salud plantea que el acceso al cuidado y la atención integral en salud individual y colectiva de las personas serán universales. El cuidado y la atención pública en salud serán integrales, solidarios, equitativos, oportunos, con gratuidad en el punto de entrega; de calidad, de fácil acceso y adecuados a las características del ciclo de vida de la población. Para lograrlo ha formulado tres objetivos estratégicos:

- **A.** Mejorar la salud de la población.
- **B.** Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud de la población.
- **C.** Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población.

-Afectación de la continuidad de los servicios de salud: nula o insuficiente respuesta de los servicios de salud ante la demanda presentada en los distintos puntos de la red sanitaria, debido al colapso de infraestructura, déficit de recursos humanos, déficit de medicamentos e insumos, situación de aislamiento y problemas de accesibilidad a los servicios de salud. 1

-La calidad de servicio, es un tema complejo y de alta importancia, de manera particular para la enfermera(o); ya que no se trata de sólo hacer las cosas bien, sino de mantener un estándar de calidad en el proceso integral del cuidado. Exige ofrecer un servicio de salud integral a la persona, su familia y entorno, nunca igual o repetitivo; porque cada persona asistida es diferente a la otra, porque cada situación exige diferentes razonamientos, decisiones e intervenciones y estas a su vez, varían en cada turno y requieren gestionar recursos diversos para el logro de sus fines.

-Diariamente los servicios de salud acogen decenas y cientos de usuarios en búsqueda de salud, presentándose situaciones de incertidumbre por la cantidad de pacientes que acuden. Se evidencian en la falta de espacios adecuados, la saturación de atenciones, las condiciones de trabajo que exigen gestiones adicionales para poder cumplir con la satisfacción de necesidades de los pacientes; la ausencia de un sistema automatizado de los registros, la carencia de un software de enfermería que permita desarrollar por completo el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que la Ley determina; de manera que la calidad de atención se ve afectada. Otro aspecto importante es la dotación de personal inequitativa, escasa e insuficiente, lo que genera insatisfacción del usuario interno, como del usuario externo o paciente; perjudicando la imagen institucional. 2

-Las enfermeras administrativas y gestoras para desarrollar esta complicada actividad de gestión de los servicios de enfermería, están debidamente capacitadas para ejercer su liderazgo en el equipo de enfermería y en el multidisciplinario. Se les exige la práctica de una gestión de calidad, sin embargo, las condiciones de trabajo no son óptimas, las estructuras no siempre responden a las necesidades institucionales o no se respetan en su verdadera dimensión; las compensaciones no están de acuerdo con el nivel de responsabilidad, los indicadores de la calidad de la gestión.

-Existen diversos razonamientos que orientan la determinación de las necesidades del recurso humano de enfermería en las instituciones de salud. Estos criterios obedecen a lo político, económico, de intereses profesionales y algunos técnicos que varían según las autoridades de turno; además, a los perfiles epidemiológicos, académicos y profesionales, desde la dinámica del contexto social, político, cultural.



-En ese sentido, Annette Kennedy, presidenta del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) menciona que, «los políticos son conscientes del costo que supone formar y mantener una plantilla de profesionales de enfermería, pero muchos de ellos solo reconocen ahora su verdadero valor», «cada céntimo que se invierte en el personal de enfermería aumenta el bienestar de las personas y las familias, de maneras muy claras y tangibles, que todo el mundo puede ver». Este informe, «destaca la contribución que realiza la profesión de la enfermería y confirma que invertir en ella supone un beneficio para la sociedad, no un costo. El mundo necesita incorporar a millones de profesionales de la enfermería, y hacemos un llamamiento a los gobiernos para que hagan lo correcto e inviertan en esta maravillosa profesión y observen cómo sus poblaciones se benefician del increíble trabajo que solo los profesionales de la enfermería pueden hacer»³. Teniendo como prioridades la promoción de la salud, prevención de riesgos y enfermedades, la recuperación y rehabilitación de la salud. Se tiene que considerar una estructura que brinde sostenimiento a todo el aparato sanitario; siendo enfermería quien da seguridad y calidad en el sistema de salud.

1. Reglamento del Decreto Legislativo n° 1156, que dicta Medidas Destinadas a Garantizar el Servicio Público de Salud en los casos en que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones.

2. Arenas AM. Exposición sobre Gestión de los Servicios de Salud 2022.

3. Annette Kennedy, presidenta del Consejo Internacional de Enfermeras OMS y la campaña NursingNow, un informe para conocer el impacto del trabajo de las enfermeras en los cinco continentes 2020.

ANTECEDENTES

En el presente trabajo se revisa, analiza y actualiza la norma, es decir el documento técnico normativo, contando con la participación de Administradoras-gestoras de los establecimientos de salud de sector público y privado, con el 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.

Se aborda una conceptualización técnica sobre la gestión de calidad de los servicios de enfermería; la visualización de la estructura orgánica de enfermería para asumir los retos del cuidado holístico a los usuarios; los indicadores de la gestión de calidad del cuidado enfermero y el uso de instrumentos estandarizados. Todo ello, considerando la situación de cambios en la demanda y oferta de servicios, la variedad de recursos tecnológicos, así como los aspectos trabajados en anteriores gestiones; fortaleciendo y aportando otros aspectos en la presente gestión en expresión de un trabajo continuado.

VIII. DESCRIPTORES TEMÁTICOS

Se desarrollarán cinco aspectos que servirán de marco teórico de referencia y permitirán el uso estandarizado de conceptos que marcarán las pautas para impulsar la Gestión de Calidad del Cuidado Enfermero:

- 1. Conceptualización general estandarizada de términos relacionadas a la gestión del cuidado y a la calidad, con un modelo moderno de gestión de los servicios de enfermería.
- 2. Descripción de los principales indicadores de calidad sobre la del Cuidado Enfermero en los diferentes niveles de atención que permitan a través del monitoreo, supervisión y evaluación de los procesos estudiados. Disponer de instrumentos que guíen el análisis del comportamiento de los fenómenos, identificación de riesgos y satisfacción del usuario; como fin último para tomar decisiones adecuadas y/o para implementar programas de mejora de la calidad.

- 3. Estructura orgánica nacional de Enfermería que integre los diferentes niveles de atención e impulse la gestión de todos sus componentes y dimensiones: calidad de la atención y cuidado holístico enfermo; la innovación, a través de la investigación y mejora de los procesos de calidad; y fortalezca el desarrollo de las organizaciones en la docencia y pedagogía sanitaria; para la educación de por vida de los usuarios internos, que son el activo más valioso de las instituciones de salud.
- 4. Identificación del modelo ideal/real de dotación de recursos humanos de Enfermería, considerando la cartera de servicios, el proceso de atención de Enfermería, los índices de atención en 24 horas, el nivel de dependencia del usuario y los tiempos que demanda su atención y cuidado holístico; como el establecimiento de la metodología para determinar el cálculo de la brecha de personal, lo más cercano posible al usuario. Permita, de este modo, sustentar el requerimiento de personal de Enfermería técnicamente, con el soporte de una plataforma digital que tenga las mejores condiciones para ser aplicada con celeridad y responda a las necesidades de las personas sanas o enfermas; y mejorar las condiciones de trabajo para las profesionales que generen satisfacción y fidelización con las instituciones con las que colabora y con los usuarios externos.

IX. CONCEPTUALIZACIÓN GENERAL ESTANDARIZADA DE TÉRMINOS RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO

Modelo moderno de gestión de los servicios de enfermería.

Responde al primer objetivo específico:

Actualizar y establecer los criterios y estándares de calidad en la gestión de los servicios de enfermería, en las diversas áreas y ámbitos de desempeño profesional, orientado a obtener los mejores resultados.

9.1. CONCEPTUALIZACIÓN GENERAL DE TÉRMINOS

Proceso en el cual se requiere de un marco teórico, que afirme el conocimiento y permita la transformación de los conceptos abstractos de gestión sobre la calidad del cuidado enfermero, en términos concretos; cuyo uso estandarizado, es de vital importancia para el ejercicio profesional en todo el territorio de la República.

9.1.1 LA CALIDAD EN SALUD

La calidad en los servicios de salud, se refiere a la medida en que los servicios médicos proporcionados cumplen con los estándares aceptados de excelencia y satisfacen las necesidades y expectativas de los pacientes. La calidad es una cualidad de la atención sanitaria, esencial para el logro de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible de los sistemas de atención en este sector.

En su más amplia concepción globaliza la complejidad que caracteriza a los servicios de salud, en tanto el servicio va dirigido a garantizar la vida del ser humano. La Organización Mundial de la Salud (OMS) se manifiesta sobre la responsabilidad compartida que debe existir entre el estado, los prestadores del servicio con los usuarios-pacientes; definiéndola como: “el conjunto de servicios más adecuados para conseguir mayor capacidad de respuesta óptima, accesibilidad, seguridad y competencia de los servicios de atención sanitaria. Tiene en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente, así como del servicio de salud para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso”. (OMS, modif.)⁸

9.1.2 DEFINICIÓN DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

El Sistema de Gestión de Calidad es la decisión estratégica de una organización para mejorar su desempeño global y proporcionar un desarrollo sostenible. Asimismo, es una herramienta que permite planificar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a través de la prestación de servicios con altos estándares de calidad, los cuales son medidos a través de los indicadores de satisfacción de los usuarios.⁹ La gestión de la calidad busca transformar la organización a través de capacitaciones de aprendizaje, tendientes a realizar mejoras continuas de conformidad a las necesidades; demandas y requerimientos de los usuarios, teniendo en cuenta la misión de la institución. Avanzando hacia la mejora continua y la excelencia, reforzando el liderazgo y el trabajo en equipo, establecidos en las normas de la organización considerando la información relevante para la toma de decisiones, cabe destacar que la gestión de calidad y los sistemas de salud son amplios y complejos.

9.1.3 CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Avedis Donabedian

El concepto de calidad ha sido incorporado en el campo de la atención de la salud, por Avedis Donabedian, (1995) (39) quien definió la calidad de atención como: “el conjunto de servicios que se espera maximizar para el paciente, minimizando los riesgos en el proceso de atención”.

Avedis Donabedian, además de la definición de calidad, estableció la clasificación de los métodos de calidad: estructura-proceso-resultado, la relación entre métodos de proceso y resultado, la sistematización de los criterios, reflexiones muy importantes sobre la responsabilidad en la mejora de calidad, los diferentes enfoques para gestionarla.

9.1.4 CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS DE CALIDAD

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.
- Resultado: representa el impacto logrado con la atención, en término de mejora en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

9.1.5 DIMENSIONES DE LA CALIDAD ¹²

Avedis Donabedian, 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.

⁹ Documento técnico (2008) MINSA /DGSP-V.04 p.7) <https://www.gob.pe/23540-ministerio-de-salud-sistema-de-gestion-de-calidad-en-salud>

⁸ OMS, modif por Arenas (Documento técnico (2008) MINSA/DGSP-V.04)

Avedis Donabedian Escuela de Salud Pública en la Universidad de Michigan Suplemento n01 2001 Volumen 16 Revista de ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

a) 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 todas las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por su 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 la dignidad, 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 y consideración manifiesta 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, conducta basada en los valores aceptados por la sociedad y los principios ético-deontológicos que orientan el comportamiento 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.¹¹

9.1.6 POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD MINSa.

Orientan a la gestión de calidad de la siguiente manera:

- Con relación a la persona se debe brindar oportunamente seguros de atención siendo accesibles y equitativos con la finalidad de satisfacer a los usuarios, teniendo un enfoque de interculturalidad y de género.
- Con relación a los trabajadores Este se basa en que los trabajadores deben trabajar en equipo teniendo como objetivo la satisfacción del usuario/ paciente además considera que el personal debe ser capacitado en temas concernientes a la calidad fomentando una fuerte cultura organizacional.
- Con relación a las unidades prestadoras de salud Deben Practicar rectoría en el misterio de salud con la finalidad de gestionar los recursos de calidad de salud regulando y evaluando los procesos en la atención en salud.
- Con relación a la sociedad. Debe haber participación, involucramiento y veeduría en la ciudadanía con relación a la calidad en salud.
- Con relación al estado Debe de existir "Calidad como política de estado".¹²

¹¹Avedis Donabedian Escuela de Salud Pública en la Universidad de Michigan Suplemento n012001 Volumen 16 Revista de ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

¹² Política Nacional de Calidad en Salud. Documento Técnico - RM N° 727-2009/MINSA

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/322121-politica-nacional-de-calidad-en-salud-documento-tecnico-rm-n-727-2009-minsa>

9.1.7 MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA

En 1988 nació la Fundación Europea de la Gestión de la Calidad (EFQM), conformada por 14 empresas europeas líderes, que tenían como principal objetivo la competitividad a nivel mundial.

La EFQM planteó un modelo y determinó un conjunto de criterios que sirvieron para llevar a las organizaciones hacia la excelencia, consiguiendo los mejores resultados. La puesta en marcha de este modelo en una unidad hospitalaria o servicio consiste en aplicar una evaluación de los procesos, valores, resultados y modelos de gestión, etc.

Teniendo que comparar los resultados teóricos establecidos por la EFQM, permitiéndonos reconocer sus fortalezas y ver las áreas de mejora. El modelo de excelencia nos permite analizar nueve criterios:

- Liderazgo: Los líderes deben mostrar claramente su compromiso con la mejora continua, teniendo la responsabilidad de llevar la organización hacia la perfección. Creando una misión, visión y actuando como modelo para el resto de los trabajadores.
- Política y estrategia: Inspecciona los valores de la organización conjuntamente con la visión, misión se encuentren establecidas por medio de indicadores, tales como: comparación con las mejores prácticas, investigación, rendimiento y creatividad.
- Personas: Es considerada el recurso humano de la organización para desarrollar planes de mejora, con el fin de aprovechar el potencial del profesional. Asimismo, evalúa las técnicas de reconocimiento, comunicación y distribución de responsabilidades.
- Recursos y alianzas: Calcula cómo negociar los recursos más importantes de la organización ya sea a nivel tecnológico, materiales, financieros e información.
- Procesos: Se inclina a ver las necesidades y expectativas de los clientes, estableciendo procesos de gestión que son normados en la organización
- Resultado relativo al clientes: Quiere decir que observa la percepción que el usuario tiene de la organización, realizando encuestas o midiendo a través de indicadores el rendimiento y adecuación a las necesidades de los clientes.
- Resultado relativo al recurso humano: Se observa la percepción del trabajador de la organización, siendo medidos también mediante indicadores internos de rendimiento y satisfacción.
- Resultado relativo a la comunidad: Examina las metas que la organización logra en la comunidad, repercutiendo en la economía, bienestar, medio- ambiente y educación.
- Resultados clave: Evalúa los logros de la organización respecto al rendimiento planificado, tanto en lo que se refiere a objetivos financieros, como a los relativos a los procesos, recursos, tecnología, conocimiento e información. 13

9.1.8 ELEMENTOS DE LA CALIDAD EN SALUD OMS

Actualmente, en la comunidad científica existe un consenso sobre las características que definirían qué es un servicio sanitario de calidad, que según describe la OMS 14, son:

- Eficacia: proporcionar servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten.
- Seguridad: evitar lesionar a las personas a las que se dispensa atención.
- Centrados en la persona: dispensar atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona.
- Oportunos: reducir los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan.
- Equitativos: aportar una atención cuya calidad no varía por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política.

- Integrados: lograr una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida.
- Eficientes: maximizar los beneficios de los recursos disponibles y evitar el despilfarro.

13 J. A. Maderuelo Fernández. *Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia*. Vol. 12– Núm. 10 – Diciembre 2002 MEDIFAM 2002; 12: 631-640

14 OMS Temas de Salud Calidad de la Atención. https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

9.1.9 COMPETENCIAS

Este es un término de necesidad imperiosa para el análisis en la gestión del Potencial Humano. Entendemos el problema conceptual sobre la competencia y su propia evolución como, “un conjunto de conocimientos, procedimientos y actitudes combinados, coordinados e integrados en el ejercicio profesional, definibles en la acción, donde la experiencia se muestra como ineludible y el contexto es clave”. 15

El Centro Europeo para el Desarrollo de la Formación Profesional define competencia a la “capacidad de una persona para aplicar correctamente los resultados de aprendizaje obtenidos a un contexto concreto (en la educación, el trabajo o el desarrollo personal o profesional)”. 16. Perrenoud, define a la competencia, como la capacidad de movilizar varios recursos cognitivos para hacer frente a un tipo de situaciones. 17

Las competencias las define Tardif como: “un saber hacer complejo basado en la movilización y combinación efectiva de una variedad de recursos internos y externos dentro de una familia de situaciones”. Es decir, la competencia no reside en los recursos (capacidades) sino en la movilización misma de los recursos cognitivos. En este sentido, saber, además, no es poseer, es utilizar, es actuar. 18 La evaluación de competencias se: documenta el proceso de desarrollo personal y profesional, incluye elementos cognitivos, afectivos y sociales.

9.1.10 COMPETENCIAS EN ENFERMERÍA

Las competencias del personal de enfermería no se reducen únicamente, ni al saber científico y técnico, ni al saber-hacer con habilidades y destreza las decisiones técnicas, los procesos y procedimientos. Porque poseer las capacidades, no significa ser competente; interesa mucho el “saber ser”, ello está relacionado con la movilización de los recursos profesionales, (capacidades), los recursos del entorno y personales; los del propio paciente, con comprender y establecer una relación transpersonal con una actitud proactiva, empática, de compasión, inspirada en el deseo de ayuda y en la búsqueda de soluciones acertadas; basadas en el buen juicio profesional que sirvan para resolver las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad.

Competencia cognitiva. Todo profesional de Enfermería debe desarrollar las competencias cognitivas y debe contar con cierto nivel de experiencia para aplicar sus conocimientos y desenvolverse óptimamente en el servicio; basado en el ejercicio profesional, y al mismo tiempo en el desarrollo y fortalecimiento de la percepción, atención, comprensión, memoria, lenguaje, orientación, razonamiento, praxis, meta cognición que van de la mano con las competencias científicas, pues la Enfermería no es un simple repetir monótono de diversas intervenciones para el cuidado y el salvar la vida del paciente. 19

15 María Guadalupe Gómez Malagón Universidad Pedagógica Nacional (UPN), Ajusco Lourdes López Pérez Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), México 2008

16 Centro Europeo para el Desarrollo de la Formación Profesional CEDEFOP 2008 Luxemburgo. Oficina de Publicaciones de la Comunidad Europea. <https://www.cedefop.europa.eu/files/4064>

17 Perrenoud. Diez nuevas competencias para enseñar. Barcelona Graó. 2004.

18 Tardif J., 2006. *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal, Chenelière Éducation https://pe.search.yahoo.com/search;_ylt=AwrNYIWv1IRliDQJRAJ7egx;_ylc=X1MDMjExNDc0NzAwMwRfcgMyBGZyA21jYWZlZORmcjIDc2ltdG9wBGdwcm1kA3

19 Paredes Nique Mario Jesús. *Competencias cognitivas del personal de Enfermería Hospital Sergio Bernales* 2017. Universidad C. Vallejo 20 Jean Watson. *Filosofía y teoría del cuidado transpersonal "Ciencia del cuidado"*. Watson Caring Science Institute. <https://enfermeriavirtual.com/jean-watson-teoria-del-cuidado-humano/>

9.2 CONCEPTUALIZACION ESPECÍFICA DE TÉRMINOS

9.2.1 ENFERMERÍA

Desde una perspectiva filosófica y fenomenológica, Enfermería constituye una ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad, mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Se basa en la Teoría del Cuidado Transpersonal de J. Watson,²⁰ se identifican cuáles son los atributos del cuidado que como profesionales procesamos en nuestras prácticas diarias. Enfermería es la ciencia del cuidado holístico de la salud, con sustento científico, técnico y humano.

“Enfermería es una disciplina científica, objetiva, metódica y sistemática, verificable y comprobable, centrada en el cuidado holístico de la persona, familia y comunidad, en todas las etapas de vida; flexible, abierta a nuevos escenarios y retos que exigen al profesional un conjunto de competencias basadas en capacidades intelectuales, técnicas y actitudinales; cuyo eje transversal es el desarrollo de valores éticos, culturales/sociales, humanos y solidarios, que le permiten dar respuestas a las necesidades de la persona, familia y grupos de la comunidad en el proceso de salud enfermedad para mantener una vida saludable; prevenir riesgos y enfermedades, recuperar la salud, rehabilitar las secuelas y ayudar a tener una muerte digna”.²¹

9.2.2 LEY DEL TRABAJO DE LA ENFERMERA(O) N° 27669 22

CAPÍTULO I: “DISPOSICIONES GENERALES”

Artículo 2°. Rol de la profesión de la Enfermería

La enfermera(o), como profesional de la Ciencia de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población.

Artículo 3°. Ámbito de la profesión de Enfermería

La profesión de Enfermería se desarrolla a través de un conjunto de acciones orientadas a la solución de los distintos problemas de naturaleza bio-psico-social del individuo, la familia y la comunidad; desenvolviéndose básicamente en las áreas: asistencial, administrativa, docente y de investigación.

CAPÍTULO II: “DE LA RESPONSABILIDAD Y FUNCIONES DE LA ENFERMERA(O)”

Artículo 6°. Responsabilidad de la Enfermera(o)

La enfermera(o) es la (el) profesional de la Ciencia de la Salud con grado y título universitario a nombre de la Nación, colegiada(o); a quien la presente Ley reconoce en las áreas de su competencia y responsabilidad, como son la defensa de la vida, la promoción y cuidado integral de la salud; su participación conjunta en el equipo multidisciplinario de salud, en la solución de la problemática sanitaria del hombre, la familia y la sociedad; así como en el desarrollo socio- económico del país. Se prohíbe la utilización de la denominación de Enfermera(o) u otra análoga, a quien carezca del título correspondiente. Es de aplicación lo dispuesto por el Artículo 363° del Código Penal a quien ejerza ilegalmente la profesión de la enfermera(o).

Artículo 7°.- Funciones de la Enfermera(o)

Corresponde a la enfermera(o) el ejercicio de las siguientes funciones:

- **a)** Brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
- **b)** Encomendar actividades de menor complejidad al personal no profesional de enfermería, bajo su supervisión y responsabilidad.
- **c)** Ejercer funciones de Enfermería, tanto en el Sector Público como en el Sector Privado, en los Centros de Salud y en los diferentes niveles de complejidad hospitalaria.
- **d)** Ejercer consultoría, auditoría, asesoría, consejería y emitir opinión sobre materias propias de Enfermería.
- **e)** Conducir técnica y administrativamente los servicios de Enfermería en los diferentes niveles orgánicos del sistema de salud ocupando los respectivos cargos estructurales.
- **f)** Ejercer la dirección y jefatura de los programas de formación y capacitación del personal de Enfermería.
- **g)** Desarrollar actividades preventivo promocionales en el área de su competencia en todos los niveles de atención.
- **h)** Participar con los cuidados de enfermería en los centros de atención al adulto mayor.
- **i)** Realizar investigación en el campo de enfermería y de salud.
- **j)** Emitir opinión técnica con relación a recursos de personal y materiales dentro de su competencia.

Artículo 8°.- Participación de la Enfermera(o)

La enfermera(o) está facultada(o) para participaren:

- **a)** La formulación, diseño de políticas y evaluación de los planes y programas de salud de carácter institucional y nacional.
- **b)** La elaboración, aplicación y evaluación de los estándares de calidad y del proceso de mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud.
- **c)** La realización de peritajes judiciales y participar en audiencias de conciliación en calidad de asesoría, dentro del ámbito de su competencia.
- **d)** Brindar atención de salud en situaciones de emergencia y/o urgencia.
- **e)** Desarrollar acciones de evaluación y peritajes de control de calidad de recursos hospitalarios.

CAPÍTULO III “DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES”

Artículo 9°.- Derechos

La Enfermera(o) tiene derecho a:

- **a)** Acceder a cargos de dirección y gerencia en igualdad de condiciones que los demás profesionales de salud y similares en instituciones públicas y privadas.
- **b)** Ocupar cargos correspondientes a la estructura orgánica de la carrera de enfermería.
- **c)** Contar con un ambiente de trabajo sano y seguro para su salud física, mental e integridad personal.
- **d)** Contar con los recursos materiales y equipamiento necesario y adecuados para cumplir sus funciones de manera segura y eficaz, que le permitan brindar servicios de calidad.
- **e)** Percibir una remuneración equitativa y actualizada sobre la base de un escalafón salarial proporcional a la jerarquía científica, calidad, responsabilidad y condiciones de trabajo que su ejercicio demanda.
- **f)** Recibir asistencia legal del empleador en procesos abiertos por actos sucedidos en el ejercicio sus funciones.
- **g)** Gozar de licencia con goce de haber para el ejercicio de cargos internacionales, nacionales, regionales y locales en las entidades representativas que derivan de su profesión y cargos públicos por el periodo que dure su gestión de acuerdo a la normatividad legal vigente.

- **h)** Someter a exámenes médicos de salud preventiva cada seis meses, de forma obligatoria a cargo del empleador.
- **i)** Percibir una bonificación mensual por realizar funciones en zonas de menor desarrollo y fronteras.
- **j)** A ser contratados única y exclusivamente bajo la modalidad y el plazo que corresponde a la naturaleza de las labores que ejecuta, bajo sanción de nulidad.

21 Arenas Angulo AM . Exposición en Administración Gerencial de Alto Impacto. CEP 2022 Universidad Peruana Unión.
22 Ley del trabajo de la enfermera(O) N° 27669 CEP 2002.

9.2.3 ANTECEDENTES SOBRE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO

La mayoría de autores están de acuerdo en mencionar como precursora de la moderna ciencia de la calidad el trabajo de Florence Nightingale en el Barrack Hospital, durante la guerra de Crimea (1854). Cuando ella y sus enfermeras llegaron al hospital, la tasa de mortalidad de los pacientes ingresado será del 40%. Después de seis meses de aplicar acciones de mejora en los cuidados básicos y en la higiene de los hospitales, dieta

adecuada, ambiente limpio, material sanitario redujo la tasa de mortalidad al 2%.

Florence Nightingale impulsora de la enfermería moderna, de la teoría del entorno. Utilizó las estadísticas de morbilidad y mortalidad para cada tipo de patología para demostrar que las mejoras en la higiene, cuidados, actuación de la naturaleza sobre los pacientes y las mejores condiciones sanitarias en las que se atendía a los pacientes mejoraban los resultados y justificaban la gestión de atención de enfermería, lo que fue reconocido por las máximas autoridades e impulsó el cambio en la metodología de atención en los hospitales y por tanto la reforma sanitaria de Europa y del mundo entero. 23

Posteriormente estableció lo que podría entenderse como los primeros estándares de la práctica de enfermería en su publicación Notes on Nursing (1860), que se refieren a las condiciones estructurales en las que se realiza la atención. define la calidad como "la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario. 24

9.2.4 CUIDADO ENFERMERO

Aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidado oportuno, seguro e integral que asegure la continuidad de la atención de salud, así como adecuar esta atención a las necesidades del enfermo, a las demandas de sus familiares, cuidadores y comunidad. Se le define también como un conjunto de funciones que desarrolla el enfermero(a) 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 que se desenvuelve, actuando en la prevención, curación y rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad. 25 (EsSalud).

El cuidado constituye el foco principal del profesional Enfermero. En un sentido genérico, Madeleine Leininger lo 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 Define el cuidado con un enfoque transcultural, 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.

Ann Marriner. 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.

Según Virginia Henderson, el objetivo de enfermería es mantener o restaurar las necesidades fundamentales del ser humano. El paciente o beneficiario de los servicios de la enfermera es un ser total, integral que tiene 14 necesidades fundamentales, cuya función específica es ayudar a los clientes, enfermos o sanos, a llevar a cabo las actividades que contribuyen a la salud recuperación o a una muerte en paz. La enfermera debe ver a cada paciente con un individuo complejo, cuya independencia le hace muy diferente de los demás en cuanto a la satisfacción de esas necesidades. 26

Entonces, sí 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, transcultural y en el dominio del método lo técnico-científico del Proceso de Enfermería, orientado a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando terapéuticamente en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud- enfermedad.

23 *Reseña: Notas sobre Enfermería, de Florence Nightingale* <https://igarrido.com/notas-enfermeria-nightingale-resena/>
Nightingale, F. *Notes on Nursing: What it is, and what it is not.* New York : D. Appleton and Company; 1860

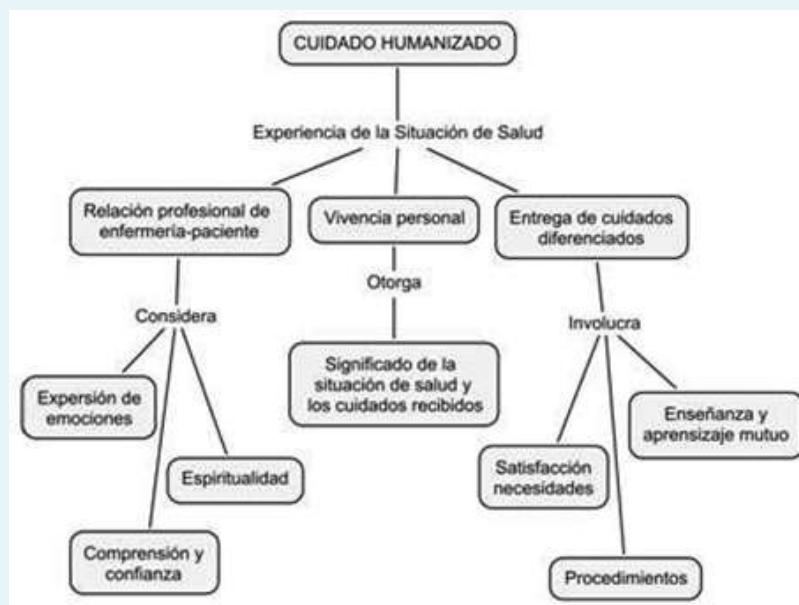
24 Ávalos GMI. *La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud: consideraciones teóricas y metodológicas.*

Calidad y Gestión de Servicios de Salud. 2010; 9(1):9-10.

25 Norma Técnica de EsSalud.

Matriz de análisis para valoración del cuidado humanizado

Esta representación constituyó la matriz de análisis a partir de la cual se consideraron tres ítems por dimensión, en un lenguaje interpretable como situación, condición o evento identificable en las experiencias del usuario que recibe los cuidados brindados por el profesional de Enfermería.



Fuente: Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. A Hermosilla et al. 27

9.2.5 ATRIBUTOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

- Constituye la esencia de la profesión, con una mirada global del ser humano; 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 enmarcado en un trato digno.
- Es intencional, es planificado y es dirigido.
- Es un proceso, tiene cinco etapas.
- Es un proceso interpersonal, transpersonal y profesional.
- Es de carácter personal, implica una interacción individualizada, directa e integral.
- Es competente, requiere preparación profesional.
- Se da en un contexto, involucra a la familia y al entorno, no es aislado
- Se desarrolla como agente terapéutico en el continuo salud – enfermedad

9.2.6 NATURALEZA Y ALCANCE DE LA “GESTIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO”

Con frecuencia el cuidado es invisible, como expresa Colliere (1986), cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente; son acciones concretas pero muchas veces invisibles. Para cuidar en el sentido más amplio, es decir, conocer a la persona, su entorno y apoyarla hacia mejorar su salud, la enfermera necesita algo que es muy limitado: "tiempo". Un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, ya que se cumplirá sólo con las actividades rutinarias, pero entonces se sacrifica una parte esencial del cuidado, el que exige escucha, reflexión, apoyo, confort y educación.

28

Susan Kérouac (1996) define la gestión del cuidado enfermero como "un proceso heurístico, 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". 29

Para Ibarra X (2006), Gestión del cuidado "es el punto de equilibrio, donde confluyen los conceptos, las teorías, los procesos, los principios y los elementos propios de cada área; es la búsqueda de posibles vías de acción para garantizar y proveer el cuidado, es la consolidación de una cultura efectiva dentro del sistema de salud y educación, puede ser visualizado cada día en los servicios asistenciales, donde el rol del enfermero profesional es preponderante para gestionar las actividades que permiten generar un funcionamiento óptimo en las unidades de trabajo"30

9.2.7 GESTIÓN DE CUIDADO ENFERMERO

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

La gestión del cuidado, va dirigido al cuidado integral de la persona, involucra la visión integral de la persona, familia y contexto, la valoración del paciente los aspectos físico, mental y emocional, socio-cultural, espiritual y la garantía de sus derechos; "la evaluación de su entorno y los recursos con que se cuenta, el diagnóstico de enfermería, la planificación de cuidados holísticos, la ejecución y la evaluación de resultados, con la finalidad de obtener el mejor cuidado de enfermería posible en una persona o grupo de personas". 31Busquet

La gestión nos lleva a pensar que la calidad implica un cambio de cultura orientado a la satisfacción del usuario, siempre en relación con la vida, la integridad física, síquica y emocional, la salud individual e intimidad; todos bienes que son valorados y protegidos jurídicamente por la sociedad.32

“La gestión del cuidado es un proceso heurístico, 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 Kérouac, 1996) La heurística es un proceso, mediante el cual el cerebro realiza juicios, define una respuesta inmediata y toma decisiones rápidas para hacerle frente a una situación específica.¹⁰ 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. 33

26 Enfermería Virtual. Teorías y teoristas. <https://enfermeriavirtual.com/teorias-y-teoristas-de-enfermeria/>

27A. Hermosilla Ávila, Rodolfo Mendoza Llanos y Sonia Contreras. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. Brindado por Scielo. *Índex Enfermería* vol.25 N°.4 Granada oct./dic. 2016., Chile.

28 Colliere Invisible Care and Invisible Women as Health Care-Providers. *International Journal of Nursing Studies*, ENSAYO DE COLLIERE (HISTORIA DEL CUIDADO A LO LARGO DE LA HISTORIA)

29 Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson

30 Ibarra T X.. Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. *Cultura de los Cuidados* 2006; 10(20): 147-152. Scielo Visibilidad de la disciplina de Enfermería. [cielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-)

31 10 Busquets, M: Ponencia: “De la gestión a la gestión del cuidado”, en *II Seminario Internacional: Gestión del Cuidado y Seguridad del Paciente* 2005. Escuela de Enfermería Universidad de los Andes. Santiago, Chile

32 Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

33/33-1 Meleis A. Jennings BM (1989). *Theoretical Nursing Administration: Today's Challenges, Tomorrow's Bridges*. En Henry DB, Arndt C, DiVicenti M, Marriner-Tomey A (Eds), *Dimensions of Nursing Administration: Theory, Research, Education, Practice*, Boston, Blackwell Scientific Publications. p. 7-18

9.2.8 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Se concibe como “la atención oportuna, razonada, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo a estándares definidos para un ejercicio profesional competente y responsable”. Expresada de otra forma: la orientación del cuidado de enfermería para prestar ayuda eficaz, 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.

El rol de la enfermera responsable de la gestión de los cuidados consiste en apoyar al personal que otorga cuidados. La gestión de los cuidados va dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica de enfermería. Esta gestión como proceso recurre a la creatividad, la indagación y la transformación en este sentido se considera heurístico. La contribución de la enfermera jefe responsable de la gestión en Enfermería es única, representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles. De esta manera las enfermeras responsables de la gestión del cuidado se enfrentan a grandes retos; ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos y dentro de éste buscar alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.

Meleis (1988) 33-1 sostiene que la dirección de los cuidados de enfermería debe tener una visión clara y explícita de la disciplina de enfermería con el fin de contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los cuidados, a los pacientes, su familia y al personal. La dirección de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados enfermeros, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería. En este contexto es necesario diseñar algunas estrategias que pueden ser consideradas por los responsables de la gestión del cuidado, a manera de ejemplo:

- Discutir con el personal los valores, los paradigmas, los conceptos y los objetivos de los cuidados.
- Ayudar a otros profesionales, a los pacientes y familiares a comprender la contribución de la disciplina de enfermería para mejorarla salud individual y colectiva (a través de la investigación y la aplicación en la práctica).
- Apoyar los principios inherentes al cuidado de las personas.
- Explicar que la intervención terapéutica de enfermería requiere utilizar más tiempo que una intervención médica. Porque la enfermera utiliza la interacción, la relación de ayuda y sus recursos personales, evalúa integralmente al paciente ya que no se restringe sólo al análisis de problemas inmediatos.
- Centrar la gestión del cuidado en la salud más que en la enfermedad.
- Modificar los sistemas de prestación de cuidado: número y tipo de personal, descripción de puestos, normas y reglamentos, criterios para evaluar los cuidados, programas de educación continua, sistemas de evaluación del desempeño y su impacto en los costos del sistema de salud, sistemas de registro del cuidado y auditoría de calidad.

La gestión de los cuidados debe estimular la creación de modelos de cuidado basados en la concepción de la disciplina de enfermería, el uso de un lenguaje común, de símbolos, de conceptos comunes en la práctica clínica que refuercen el potencial, el compromiso y la identidad profesional de la enfermería, pero sobre todo la calidad del cuidado que se otorga a los usuarios y su familia.³⁴ Meleis

34 Meleis A. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: JB. Lippincott Company. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300009

9.2.9 PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

“En todo momento, los líderes de Enfermería, ejerciendo su juicio profesional, deben poder controlar y ajustar los niveles de dotación de enfermeras para garantizar la seguridad del paciente. Si la dotación de enfermeras es inadecuada, se deben realizar ajustes a los sistemas controlando el flujo o la admisión de pacientes para garantizar la protección de los estándares en tema de seguridad del paciente” CIE Dotación de enfermeras basada en la evidencia y segura 2019.

Los siguientes principios orientan la gestión de la calidad del cuidado en las unidades orgánicas de los servicios de enfermería a nivel nacional.

- Enfoque de la calidad de atención centrada al usuario, tarea central y permanente que requiere, entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacción de sus demandas específicas, esfuerzo por exceder sus expectativas, todo ello, como condición de un derecho humano.
- Liderazgo para la calidad es primordial contar con conductores hacia el logro de nuestros objetivos institucionales.
- Participación del personal de enfermería, la esencia para el cuidado humano y la fuerza que impulsa el servicio que se oferta es el compromiso de poner en juego las potencialidades personales y profesionales en beneficio de la calidad y de la mejora continua del Proceso de Atención de Enfermería.
- Toma de decisiones basadas en evidencias, en base al análisis de datos e información, a la reflexión crítica y decisiones acertadas.
- Mejora continua de la calidad. La mejora del desempeño profesional es una necesidad prioritaria que eleva los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos.
- Enfoque sistémico para la gestión. Identificar, comprender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización.
- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor. Considerar que la gestión requiere de una interacción de valor con sus proveedores internos o externo.

Análisis para la evaluación de la calidad del cuidado:

1. Eficacia del cuidado: Evaluar si los procedimientos y tratamientos realizados por el personal de enfermería están logrando los resultados deseados en términos de la salud y bienestar del paciente.
2. Seguridad del cuidado: Analizar la seguridad de las prácticas de enfermería, incluyendo la prevención de errores, la administración segura de medicamentos, y la prevención de caídas y lesiones.
3. Calidad de la comunicación: Evaluar la efectividad de la comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes, así como entre los miembros del equipo de salud. Esto incluye la claridad en las instrucciones, la empatía en la interacción, y la capacidad de escuchar y comprender las necesidades del paciente.
4. Colaboración interprofesional: Evaluar cómo se integra el cuidado enfermero con el trabajo de otros profesionales de la salud, y trabajadores, para garantizar una atención integral y coordinada.
5. Satisfacción del paciente: Medir la satisfacción del paciente con el cuidado enfermero recibido, incluyendo aspectos como la amabilidad y trato digno, la atención personalizada, y la disponibilidad del personal de enfermería para responder preguntas y preocupaciones.
6. Cuidado centrado en el paciente: Evaluaren qué medida el cuidado enfermero se adapta a las necesidades individuales y preferencias del paciente, teniendo en cuenta su contexto cultural, emocional y social.
7. Eficiencia del cuidado: Analizar el uso eficiente de los recursos disponibles en la prestación del cuidado enfermero, minimizando el desperdicio y garantizando una distribución equitativa de los recursos.
8. Cumplimiento de estándares y protocolos: Verificar si el cuidado enfermero se está llevando a cabo de acuerdo con los estándares profesionales, las políticas institucionales y los protocolos clínicos establecidos.

Esta matriz de análisis puede adaptarse y personalizarse según las necesidades específicas de evaluación en el contexto particular de la práctica enfermera y el entorno de atención.

9.2.1 HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL CUIDADO 35

1. Dentro de las herramientas utilizadas en la Planificación estratégica de los servicios para gestionar el cuidado, permite evaluar las condiciones reales de una organización, es decir los aspectos positivos y negativos en la planificación, organización, gestión, ejecución y evaluación de los cuidados brindados, estableciendo prioridades, determinando políticas, que guíen la práctica del cuidado con calidad y calidez.
2. Otra herramienta utilizada actualmente en la gestión del cuidado es la Tecnología de la Información y la comunicación (TIC), conocida como tele- enfermería, la cual sirve como un instrumento potenciador en la práctica y gestión del cuidado al paciente, la familia y la comunidad, enfatizando que no sustituye al cuidado presencial. A la profesión de Enfermería se le reconoce actividades de recolección, manejo, procesamiento, transformación y comunicación de la información. Es donde radica la importancia del conocimiento y el uso de las TIC para la profesión que pueda ayudara mejorar los procesos.
3. La herramienta más importante en la Gestión de calidad del cuidado enfermero está constituido por el Proceso de Atención de Enfermería, que es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista del ejercicio profesional de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. OMS. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de las urgencias.

En esta forma el servicio de enfermería como producto (cuidado de enfermería a través de su proceso, intervenciones y acciones con calidad) se articula en el proceso productivo.



El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es una metodología que se aplica en un sistema de intervenciones propias de enfermería para el cuidado de la salud del individuo familia y comunidad, implica el uso del método científico para la identificación de las necesidades.

El (PAE) 36 está constituido por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, como todo método, sus etapas son sucesivas y se relacionan entre sí. Aunque el estudio o análisis de cada una de las etapas se hace de forma independiente, tiene un carácter metodológico, ya que, en la puesta en práctica, ninguna es ajena a las demás, por el contrario, se relacionan de manera directa, su ejecución permite la integridad de los cuidados, cubrir los intereses y necesidades que el usuario manifiesta para el cuidado de su salud. Es un método flexible adaptable y aplicable en todas las situaciones en el proceso de pérdida de la salud o en el mantenimiento de la misma. Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica, incluye la identificación de signos y síntomas para integrar su valoración, el diagnóstico de problemas y necesidades, la planificación y la administración de los cuidados, así como la evaluación de los resultados. 37

35 Arenas A. AM. *Exposición en Curso de Administración moderna de los Servicios de Enfermería 2017.*

36 Myriam Abaunza De González. Ponencia presentada en el I Congreso Internacional sobre nuevos enfoques en la utilización y aplicación del Proceso de Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, noviembre 2005, Bogotá, Colombia.

37 Gayosso Islas. Sánchez Moreno Proceso Atención de Enfermería (PAE) Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/692>.

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería tiene cinco etapas que son: 38

1. **Valoración:** En esta etapa se realiza inicialmente una recogida de datos en relación al paciente para conocer su situación. Las fuentes de información para la obtención de datos suelen ser las siguientes: el historial clínico del paciente, el propio paciente, su familia o alguna persona relacionada con él. Esta información va a ser la base para la toma de decisiones que se lleve a cabo posteriormente.
2. **Diagnóstico:** En esta etapa se llega a una conclusión en base a la valoración desde el punto de vista de la enfermería de los datos llevada a cabo en la fase anterior. El diagnóstico de enfermería propio.
3. **Planeación:** En esta tercera fase, una vez valorada la información proveniente de las diversas fuentes anteriormente mencionadas y elaborado un diagnóstico de enfermería se establecen los cuidados de enfermería que se van a realizar.
4. **Ejecución:** Esta etapa es decisiva dentro del proceso de atención de enfermería y supone la puesta en práctica de las decisiones que se hayan tomado en la etapa anterior, es decir, se ejecutan los cuidados que se ha decidido aplicar. En esta fase es muy importante la recogida de datos para poder valorarlos en la fase siguiente.
5. **Evaluación:** En la fase de evaluación, una vez aplicados los cuidados al paciente, se determina si el estado del paciente se corresponde con los resultados que se esperaban. En esta fase del proceso se valora si la evolución es correcta o se deben introducir cambios en las decisiones tomadas. La evaluación requiere el examen de varios aspectos como: el examen físico del paciente, el análisis del historial clínico y la entrevista con el paciente, entre otros.



ELCUIDADO ÉTICO

La ética, eje transversal de toda actuación profesional de enfermería estudia las razones y los comportamientos en la práctica de la profesión. Orrego Ortiz 39 menciona que la dimensión ética es la aplicación de principios y valores al brindar el cuidado. Dentro de los principios menciona el amor, compasión, servicio y reconocimiento de la autonomía de la persona cuidada. Dentro de los valores, menciona el respeto, amabilidad, bondad, responsabilidad y la honestidad. Los principios que rigen el cuidado de enfermería desde la Bioética son: Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía y Justicia.

Considerando que el CEP tiene la atribución de definir y los criterios y los estándares de calidad en el ejercicio ético de la profesión, todos los aspectos descritos para conceptualizar la calidad de la gestión del cuidado enfermero, son de gran necesidad para enfermería y cobran mayor importancia al enfocar procesos, procedimientos, decisiones e intervenciones de enfermería; en base a ello invita a reflexionar y analizar las necesidades y requerimientos mediante reflexiones, aportes consensuados de las(os) expertas (os) en enfermería y aplicarlos en base a nuestras normas.

La interacción humana genuina es sumamente compleja, es una experiencia única en cada persona, es irrepetible, se necesita mucha capacidad y competencias para el entendimiento de lo que ocurre en cada ser, para discernir cómo se relacionan entre sí los aspectos informativos de los asuntos cualitativos, subjetivos de la persona que tiene un problema de salud y los aspectos formativos de la enfermera que valora y diagnostica para integrarlos y decidir con el paciente y familia cómo intervenir terapéuticamente para aliviar y mitigar el sufrimiento, cómo restaurar la dignidad de las personas cuyas vidas habían sido destruidas por un proceso inesperado como es la enfermedad; la enfermera, tiene mucho para dar a las personas a quienes asiste y para crear una sensibilización con la sabiduría de Hipócrates de hace 2.400 años "Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre"; la identificación temprana, la amabilidad y buen trato propician reciprocidad la adherencia al tratamiento marca una diferencia en las vidas de las personas.

Los cuidados son un derecho reconocido y deben integrarse en la atención primaria, hospitalaria y domiciliaria. Compromete el funcionamiento físico, social y emocional de la persona, y que no puede ser aliviado sin la intervención de la enfermera.

Es necesario un cambio del sistema de salud, centrado en las especialidades a otro, centrado en las personas que genere un aumento en la satisfacción de los pacientes; mejor calidad de vida, igual o mejor control de síntomas menos agresivo, más atención a sus deseos y valores, menos ansiedad y depresión.

38 Proceso de atención de enfermería: concepto y etapas. Capus de la Universidad Internacional de Valencia. <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/proceso-de-atencion-de-enfermeria-concepto-y-etapas>

39 Orrego Sierra Silvia. Ortiz Xapata Ana Cecilia Ortiz (2011) Universidad de Antioquia file:///C:/Users/user/Documents/ESCRITORIO%202023/TODO%20BRECHAS%20Y%20DOTACION/1.%20ULTIMA%20VERSION%20BRECHAS%20DOTACION/CALIDAD%20EN%20SALUD/smosqueramapura,+16813-Article+Text-57989-1-10-20131003_compressed.pdf

PRINCIPIOS HUMANÍSTICOS QUE DIRECCIONAN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA QUE TRASCIENDEN LAS CULTURAS



- Reconocimiento de la dignidad y del valor de cada paciente.
- Atención y cuidado holístico al paciente y a la familia como una unidad.
- Trato digno: amable y de respeto al paciente.
- Escucha activa priorizando la voz del paciente.
- Maximización en la intervención y control de los síntomas molestos.
- Compromiso con la calidad de vida.
- Coordinación y comunicación intensiva con el paciente y familia.

En conclusión, la calidad de atención se refiere a la medida en que los servicios de salud cumplen con las expectativas y necesidades de los pacientes, así como con estándares profesionales y éticos. Se trata de un concepto multidimensional que abarca diversos aspectos de la atención de la salud.

Dimensiones clave de la calidad de atención incluyen:

- 1.Efectividad: La capacidad de los servicios de salud para lograr resultados deseados, como la mejora de la salud, la curación de enfermedades o la prevención de complicaciones.
- 2.Seguridad: La garantía de que los servicios de salud minimizan el riesgo de daño o lesión al paciente, mediante la prevención de errores médicos, la gestión adecuada de medicamentos y la promoción de prácticas seguras.
- 3.Centrada en el paciente: La atención que tiene en cuenta las necesidades, preferencias, valores y expectativas individuales de cada paciente, fomentando la participación activa del paciente en su propio cuidado y promoviendo la toma de decisiones compartida.
- 4.Oportunidad: La prestación de servicios de salud de manera oportuna y eficiente, minimizando los tiempos de espera y proporcionando acceso rápido a la atención cuando sea necesario.
- 5.Equidad: El acceso equitativo a servicios de salud de calidad, sin importar el origen étnico, género, orientación sexual, nivel socioeconómico u otras características personales, y sin discriminación injusta en la prestación de servicios.
- 6.Eficiencia: El uso eficaz de recursos, tiempo y esfuerzos para lograr resultados óptimos en la atención médica, minimizando el desperdicio y maximizando el valor para los pacientes y la comunidad.
- 7.Continuidad: La coordinación efectiva de la atención a lo largo del tiempo y a través de diferentes niveles y tipos de servicios de salud, garantizando una transición suave entre la atención primaria, secundaria y terciaria, así como entre diferentes proveedores de atención.
- 8.Cuidado ético y humanizado: La atención que se brinda de manera ética, respetuosa, compasiva y culturalmente sensible, reconociendo la dignidad y los derechos de los pacientes en todo momento.

En resumen, la calidad de atención se refiere a la prestación de servicios de salud que son efectivos, seguros, centrados en el paciente, oportunos, equitativos, eficientes, continuos y éticos, con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de los pacientes y la comunidad en general.



GLOSARIO DE TÉRMINOS 40**“CUIDADOS DEL LICENCIADO(A) DE ENFERMERÍA”**

Cuidados de Enfermería en Hospitalización, Emergencia y Cuidados Críticos

Cuidados de Enfermería en Hospitalización

Conjunto de actividades asistenciales que realiza el enfermero(a) en áreas, unidades o servicios de internamiento de pacientes según el ámbito de su competencia y como parte del equipo de salud.

- **a. Cuidados de Enfermería en Hospitalización**

El enfermero(a) realiza la gestión del. El cuidado holístico de enfermería involucra la visión integral de la persona, familia y contexto, la valoración del paciente hospitalizado y familia, su entorno y los recursos con que se cuenta, el diagnóstico de enfermería, la planificación de cuidados, la ejecución y la evaluación de resultados, con la participación del paciente y familia, con la finalidad de obtener el mejor cuidado integral de enfermería posible en el proceso de salud enfermedad. La enfermera(o) realiza coordinaciones con los diferentes servicios y dependencias del establecimiento de salud para la atención de calidad y segura del paciente, efectúa procedimientos de enfermería y participa otros procedimientos clínico quirúrgicos según las necesidades del paciente y/o prescripción facultativa.

- **b. Cuidados de Enfermería en Neonatología**

Cuidados de enfermería especializados que el enfermero(a) acreditado brinda en la atención inmediata del recién nacido en el Centro Obstétrico o en sala de operaciones, en la supervisión del proceso de adaptación fuera del claustro materno en las áreas de cuidados transicionales, en alojamiento conjunto y en los servicios de hospitalización de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales (UCI neo-UCIN neo).

En el área de cuidados transicionales se brinda cuidados al recién nacido estable con condiciones clínicas que no requieren hospitalización en los servicios de UCI Neo o UCIN Neo.

- **c. Cuidados de Enfermería en Cuidados Críticos**

Cuidados especializados en el enfermero(a) acreditado, brinda a los pacientes internados por su condición de inestabilidad y gravedad persistente, en las Unidades de Cuidados Intermedios y Unidades de Cuidados Intensivos.

- **d. Cuidados de Enfermería en Emergencia**

Cuidados de enfermería brindados al paciente en situación de urgencia o emergencia, en los servicios de emergencia hospitalaria (Unidad de trauma shock, sala de observación, unidad de vigilancia intensiva – UVI) por el enfermero(a) acreditado.

- **e. Atención de Enfermería en Tópico**

Actividades recuperativas que el enfermero(a) con el apoyo del técnico o Auxiliar de enfermería brindan al paciente en la consulta ambulatoria, urgencias o emergencia. La enfermera(o) administra tratamientos por diferentes vías y realiza otros procedimientos.

I. CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE SOPORTE DE VIDA

Atenciones brindadas por la enfermera(o) acreditada(o), durante la ejecución de procedimientos quirúrgicos y en las unidades de transporte asistido por prioridades I y II.

- **1.1 Cuidados de Enfermería en Intervenciones Quirúrgica**

El enfermero(a) participa en la intervención quirúrgica gestionando el equipo de instrumentación quirúrgica, en la Sala de Operaciones, incluye el proceso de perfusión y el cuidado de paciente post quirúrgico inmediato en la Sala de Recuperación post anestésica.

- **1.2 Instrumentación en Intervenciones Quirúrgicas.**

La enfermera(o) instrumentista gestiona el equipo para la intervención quirúrgicas complejas, pacientes portadores de condiciones de alto riesgo requerimiento de equipos y/o materiales altamente especializados; y el técnico o Auxiliar de enfermería lo hará en establecimientos de menor nivel de complejidad, sólo en cirugía selectivas en pacientes en condiciones de mínimo riesgo de acuerdo al criterio de la Enfermera Jefe de centro quirúrgico o Jefa del departamento de Enfermería.

La enfermera Instrumentista II (o circulante) recepciona, monitorea al paciente y verifica los criterios de cirugía segura. Planifica, organiza y verifica que el quirófano se encuentre en condiciones óptimas y seguras para realizar la intervención y gestiona el equipo, material, insumos, etc. La intervención quirúrgica comprende el cuidado de enfermería por la instrumentista I y la instrumentista II, según el tipo de Cirugía, y las disposiciones institucionales vigentes. La función de instrumentar y participar en las Intervenciones es de la Licenciada en enfermería. Todo acto de imponer otra norma es incitar al ejercicio ilegal de la profesión y es intrusismo.

- **1.3 Cuidados de Enfermería en el Transporte Asistido de pacientes**

Cuidados de enfermería brindados a paciente transportado en la unidad de Soporte Avanzado y Básico de Vida por Prioridad I y II, por la enfermera(o) especializada.

II. Atención de Enfermería Ambulatoria

Conjunto de prestaciones asistenciales que realiza el enfermero(a) en la atención ambulatoria. Incluyen actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, para el tratamiento de condiciones clínicas y exposiciones a riesgos que por su naturaleza y grado de severidad pueden ser manejados ambulatoriamente, realiza controles de enfermería: evaluación de Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente CRED, evaluación del geronto, evaluación del paciente con ostomía, hipertensión, pie diabético, asma, enfermedades crónicas y degenerativas, problemas de salud mental. Realiza electroencefalograma, curación de heridas, nebulizaciones, cambio de catéteres, hemodiálisis, diálisis peritoneal, entre otras.

- **2.1 Atención Integral al Niño y Adolescente**

Conjunto de actividades integrales periódicas y sistemáticas de monitoreo y control del crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente, administración de las vacunas correspondientes, que realiza el enfermero(a), según las normas vigentes. En el caso que el niño o adolescente acuda al CAS sólo para ser vacunado, considerar 6 vacunas por hora.

- **2.2 Atención de Enfermería con Daños No Transmisibles y Transmisibles**

Atención de enfermería al adulto mayor con riesgo para la detección temprana y control del daño no transmisible en pacientes con Diabetes, Hipertensión Arterial, Cáncer y Ceguera y la paciente con daños transmisibles: VIH/SIDA, Tuberculosis, a quienes administra su tratamiento, les brinda información, educación y consejería. Participa en el control y monitoreo del paciente VIH confirmado para seguimiento de la adherencia al tratamiento; en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, control de contactos y quimioprofilaxis.

- **2.3 Atención Domiciliaria**

Atención realizada por el enfermero(a) en el domicilio del paciente, para brindar cuidados directos, entregar insumos y/o educar a los familiares en el cuidado al paciente. El estándar se aplica a la actividad y no comprende tiempos de desplazamiento, los cuales deberán ser comprendidos para efectos de la programación asistencial, debidamente sustentados y autorizados por la autoridad competente.

III. Procedimientos Ambulatorios

Procedimientos clínicos o quirúrgicos, ejecuta procedimientos ambulatorios de acuerdo al ámbito de su competencia: consultorio de pacientes ostomizados, pie diabético, curación de heridas, nebulizaciones, aplicaciones tópicas a pacientes dermatológicos, Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño y Adolescente sano, control de paciente con hipertensión crónica, diabetes, cáncer, ceguera, TBC, VIH, evaluación al gerente, administración de medicamentos por diferentes vías, cambio de catéteres por diferentes vías, educación sanitaria, etc.

- **3.1 Participación en Procedimientos de Diagnóstico y tratamiento**

El enfermero(a) participa en la realización de procedimientos de diagnóstico: Endoscopia, Cirugías ambulatorias, Intervencionismo, TAC, RX, con sustancia de contraste etc. y opera equipos como el electroencefalógrafo, electrocardiógrafo, entre otros.

- **3.2 Cuidados de enfermería en Procedimientos Terapéuticos**

- a. Cuidados de Enfermería en Quimioterapia**

El enfermero(a) administra el tratamiento coadyuvante farmacológico en el área ambulatoria a los pacientes que tienen prescripción del facultativo.

- b. Cuidados de Enfermería en Diálisis**

El enfermero(a) realiza los procedimientos de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis, según protocolo, y participa con el médico en la realización de procedimientos invasivos.

- c. Cuidado de Enfermería en Hemoterapia y Banco de Sangre (Medicina Transfusional)**

En los Centros de Hemoterapia tipo II, el profesional enfermero con el perfil adecuado, administra las transfusiones sanguíneas ambulatorias.

- d. Cuidado de Enfermería en Salud Mental**

El enfermero(a) participa en las terapias grupales e individuales que se brindan a los pacientes diagnosticados con farmacodependencia, patologías psiquiátricas y desórdenes de conductas, en la modalidad de internamiento ambulatorio o servicio de hospital de día.

- e. Terapia del Dolor**

El enfermero(a) educa y orienta a los pacientes, administra los fármacos y participa con el facultativo en los procedimientos medianamente invasivos para el alivio del dolor.

- f. Nutrición Parenteral- Enteral**

El enfermero(a) administra las soluciones nutricionales a los pacientes que tienen prescripción facultativa.

IV. Actividades Colectivas de Salud

Prestaciones de salud otorgadas de manera grupal intramuros o extramuros. Incluye actividades pedagógicas sanitarias: charlas de salud, educación para el autocuidado, taller de salud, psicoprofilaxis; actividades asistenciales: visita domiciliaria, visita a empresas y actividades de comunicación masiva. La jornada laboral de la enfermera(o) se distribuye en 68% para atención ambulatoria y 32% en actividades colectivas en el primer nivel de atención.

A. ACTIVIDADES ASISTENCIALES DEL TÉCNICO DE ENFERMERIA

I. Asistencia al paciente y a la enfermera profesional

Todas las actividades que realizan los Técnicos de Enfermería son por delegación, indicación y bajo supervisión del enfermero/a.

El técnico de enfermería en hospitalización y atención ambulatoria colabora en los cuidados de enfermería, confort y bienestar del paciente hospitalizado, movilización y baño del paciente, asistencia de sus necesidades básicas, alimentación, eliminación de excretas, entre otros; asiste al profesional de la salud Médico y enfermera en los procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento (entrega materiales e insumos para colecta y toma de muestras); recoge y entrega resultados, placas radiográficas, historias clínicas; tramita citas, interconsultas, referencias, procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento; traslada



pacientes de menor complejidad, prepara al paciente para procedimientos indicados por la enfermera(o); Asiste a la Enfermera en la atención de tópicos, hemodiálisis y diálisis peritoneal, en la Unidad Móvil de transporte simple de pacientes para traslado de pacientes con prioridad III, pacientes sin criterio de emergencia o urgencia, en la administración de vacunas en Centros Asistenciales que no cuenten con la enfermera(o), preparación post mortem y traslado al mortuorio. Asiste al médico y al paciente en la evaluación médica. Realiza otras tareas indicadas por el enfermero(a).

El Técnico de Enfermería II, en hospitalización y atención ambulatoria asiste a la enfermera(o) en los cuidados de enfermería. Realiza el confort y bienestar del paciente hospitalizado, apoya en la realización de tareas simples, movilización y baño del paciente, control de sus necesidades básicas, eliminación de excretas, entre otros; participa en los procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento: entregando materiales e insumos para colecta y toma de muestras; recoge y entrega resultados, placas radiográficas, historias clínicas; tramita citas, interconsultas, referencias, RX, TAC, y otros; traslada pacientes sin riesgo. Asiste al enfermero(a). en la preparación al paciente para procedimientos, asiste en la atención de tópicos a la enfermera(o) también en hemodiálisis y diálisis peritoneal, realiza la preparación post mortem con supervisión de la enfermera y traslado al mortuorio. Asiste al médico y al paciente en la evaluación médica. Otras actividades indicadas por la enfermera(o).

II. Asistencia a los profesionales de la salud en procedimientos clínico quirúrgico: realización de procedimientos

El Técnico de Enfermería puede realizar por delegación en ausencia de la enfermera la labor de circulante en cirugías electivas en hospitales de nivel I, en pacientes con condiciones de bajo riesgo que no requieran equipamiento o materiales especializado. Realiza procedimientos simples: campimetría, perimetría, tonometría; retiro de puntos, curaciones de heridas simples no complicadas, cambios de apósitos, toma de temperatura, retiro de yeso, entre otros delegados por la Enfermera Jefe de servicio, sólo cuando falta la enfermera y/o por indicación y supervisión de la enfermera(o). Asiste a la enfermera(o) en los procedimientos de Diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal), brinda cuidados básicos al paciente domiciliario, cuidados en el transporte asistido de pacientes según las normas vigentes, sala de recuperación post anestésica, entre otros. Prepara los materiales e insumos para procedimientos indicados. Participa en la preparación de equipos para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos en la consulta ambulatoria y servicios hospitalarios como fotometría, electrocardiograma, entre otros. En Centros de Atención Primaria puede realizar nebulizaciones, oxigenoterapia, enema evacuante, rehidratación oral, sólo en ausencia de la enfermera(o). Otras tareas que se le asignen en el marco de sus actividades laborales debidamente normadas, indicadas y supervisadas por la enfermera(o).

III. ACTIVIDADES GENERALES

Los Auxiliares de Enfermería y los Técnicos Asistenciales realizan actividades vinculadas al ordenamiento, distribución y mantenimiento de los ambientes, suministros, equipos, insumos y materiales; y actividades vinculadas al registro de datos, con relaciona su labor propiamente dicha, utilizando los formatos y medios correspondientes. Realizan la limpieza y la desinfección concurrente o terminal de todo material, instrumental y equipos que se utilizan en los establecimientos de salud, para el tratamiento, atención, diagnóstico, rehabilitación o recuperación de la salud, bajo supervisión de la Enfermera(o)l. Participa en investigaciones, indicados por el profesional competente según su perfil. Otras funciones que se le asignen en el marco de sus actividades laborales debidamente normadas en la institución e indicadas por la enfermera(o).

Instrumentación en Intervenciones Quirúrgicas

El TUO de la Directiva N° 002-GG-EsSalud-2009(13), establece: el enfermero(a) instrumentará y circulará en intervenciones quirúrgicas complejas, pacientes portadores de condiciones de alto riesgo, requerimiento de equipos y/o materiales altamente especializados, en los hospitales de nivel III y Nivel II 2 y II 3.

El técnico de enfermería lo hará en cirugías electivas en pacientes con condiciones de riesgo mínimo, que no requieran equipamiento o materiales especializados y realizará otras actividades indicadas por la enfermera(o). (Adaptado para evitar ejercicio ilegal de la profesión de Enfermería).

Estándares

Llamado modelo, regla de medida o son los requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos específicos, con el fin de asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud. Los estándares señalan claramente el comportamiento esperado de los trabajadores 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.

Estudio de tiempos

Actividad que implica la técnica de establecer un estándar de tiempo permisible para realizar una tarea determinada, con base en la medición del contenido del trabajo del método prescrito.

Hospitalización e internamiento

Proceso por el cual el usuario es ingresado al área de internamiento o Unidad Productora de Servicios de Salud – UPSS de Hospitalización de un establecimiento de salud para brindarle los cuidados necesarios, realizarle atenciones, procedimientos médico quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación que requieran permanencia y necesidad de soporte asistencial por más de doce horas, por su grado de dependencia o riesgo, según corresponda al nivel de atención. Para dicho efecto se cuenta con personal profesional programado para cubrir la atención de 24 horas (Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”).

Muestreo de trabajo

Técnica de la medición del trabajo para determinar, mediante muestreo estadístico y observaciones aleatorias simples, el porcentaje de aparición de determinada actividad en una muestra de población en estudio para calcular la proporción de tiempo que un trabajador o máquina destina realmente a la realización de las actividades de trabajo.

Procesos

Conjunto de actividades interrelacionadas que transforman elementos de entrada en resultados, las cuales requieren recursos humanos y materiales. Los elementos de entrada y los resultados previstos pueden ser tangibles (tal como equipos, materiales o componentes) o intangibles (tal como energía o información). En este caso, los clientes de cada proceso son los destinatarios directos de los resultados, y pueden estar dentro o fuera a la organización (clientes internos y externos).

Procesos operativos

Son aquellos que generan la producción primordial del establecimiento de salud y representan su razón de ser, están en contacto directo con el usuario y suelen ser transversales a varias Unidades Productoras de Servicios de Salud en los establecimientos de salud.

40 Referencia Bibliográfica: Gestión de la calidad de Cuidados en Enfermería Seguridad del Paciente.

Diego Ayuso Murillo - Begoña de Andrés Gimeno (Directores-Coordinadores).
<https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788499698830.pdf>

CAPÍTULO II:

INDICADORES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO

DESCRIPTOR TEMÁTICO

Descripción de los principales indicadores referidos a la gestión de la calidad del cuidado enfermero en los diferentes niveles de atención que permitan disponer de instrumentos que guíen el análisis del comportamiento de los fenómenos, identificación de riesgos y tomar decisiones adecuadas.

INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO, ANÁLISIS Y MEDICIÓN DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO

I. INTRODUCCIÓN

Gestionar implica liderar las acciones para lograr los objetivos, previamente definidos en la planificación estratégica, a través de la toma de decisiones. Por tanto, para poder gestionar es necesario disponer de un sistema de información que permita compararlos objetivos alcanzados con las acciones ejecutadas. De la relevancia y oportunidad de la información dependen, en gran medida, los resultados del trabajo del gestor. Los indicadores básicos de salud, tienen como finalidad presentar un conjunto mínimo estandarizado de datos, e información necesarios para caracterizar la situación de salud de un país y que permita su comparación con otras organizaciones nacionales o internacionales y al mismo tiempo determinar tendencias.

Los indicadores de la gestión de los cuidados holísticos de calidad de Enfermería que se incluyen tienen por objetivo medir el impacto de estos cuidados en seis dimensiones de la calidad: accesibilidad, atención centrada en la persona, continuidad de la atención, eficacia de la práctica, seguridad y uso adecuado de los recursos.

La calidad de atención de Enfermería se puede medir tanto por aspectos cuantitativos como cualitativos. Se han diseñado diversos instrumentos para establecerlos alcances técnicos, científicos y humanísticos acorde a la atención del profesional en enfermería, tanto en el área administrativa, asistencial, docencia/capacitación e investigación.

Definir indicadores propios de enfermería, que representan la calidad y seguridad del cuidado en un determinado establecimiento de salud es complejo, pues los cuidados pueden ser intangibles, heterogéneos, variables en el tiempo, y se dirigen a pacientes de gran diversidad, los cuales durante su atención evolucionan y así también son influenciados por el contexto social, político, económico, científico y tecnológico que los rodea. ¹

La seguridad del paciente, como una de las claves de la calidad asistencial, se convierte en un objetivo prioritario para la gestión de la calidad en los sistemas de salud. Uno de los principales enfoques, es el desarrollo de indicadores para la monitorización de la calidad de atención, con el objetivo de comparar instituciones, identificar oportunidades de mejora y evaluar el impacto de las intervenciones. ²

¹ Altarribas E, Castán S, Rubio C, Aibar C. Cuidados de enfermería y seguridad del paciente: IN: Jm Aranaz, C Aibar, J Vitaller, JJ Mira. Gestión sanitaria, calidad y seguridad de los pacientes. España: Ediciones Díaz Santos; 2008. 317-321. Google Académico.

La monitorización de indicadores de calidad en enfermería, debe ser una actividad planificada y sistemática para identificar oportunidades de mejora o situaciones que deben ser estudiadas en profundidad. Es una puerta de entrada a la dinámica de los ciclos de mejora y un componente ineludible de las actividades de diseño o planificación de la calidad.

De acuerdo con lo mencionado por Larson en el año 2013, el monitoreo de indicadores, presenta problemas, como el sesgo de selección, sesgo de observador, efecto Hawthorne, muestra no representativa, entre otros.

3

En el presente documento se observan los aspectos conceptuales y prácticos para seleccionar y calcular indicadores necesarios para los usuarios internos quienes definen las decisiones para fortalecer los servicios de enfermería, que sirvan para producir información, compararla y estandarizarla.

II. ANTECEDENTES

La profesión de enfermería tiene en su fundadora Florence Nightingale, una pionera en el manejo de Indicadores; es reconocido su aporte en el siglo pasado al llevar el registro de la morbi-mortalidad hospitalaria, durante la guerra de Crimea, cuyo resultado fue la drástica disminución de infecciones en los pacientes hospitalizados, por las medidas tomadas frente a los indicadores de riesgos identificados.

Desde los años 50 se han venido utilizando los indicadores hospitalarios de manera muy genérica para conocer en términos generales el número de camas existentes, el número de pacientes atendidos, entre otros, esto ha ido evolucionando hasta lograr la descripción la situación y las tendencias de los servicios brindados e impacto en la salud de la población.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha seleccionado 118 indicadores que han ido cumpliendo los objetivos de desarrollo sostenible al 2030. Para lo cual se requiere datos de buena calidad, accesibles oportunos y fiables para medir los progresos y asegurar que exista un avance en la toma de decisiones y modificación de procesos que den real calidad y seguridad en la atención y cuidado holístico de Enfermería. 4

Dentro del marco de la concepción actual de la calidad, los indicadores son indispensables para identificar el nivel de avance de los procesos y la evaluación del servicio que otorga; constituyéndose en herramientas o instrumentos que sirven de base a la 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 de riesgos y permite la toma de decisiones adecuadas.

III. 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.

Permiten: medir, verificar, dimensionar y mejorar la intervención terapéutica de la profesional.

IV. USO DE INDICADORES EN ENFERMERÍA

El indicador es una medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial, administrativa, docente y de investigación.



Los indicadores tienen la ventaja de medir aspectos concretos y específicos del ejercicio profesional relacionados con los usuarios, los avances, el seguimiento, el cumplimiento de los objetivos y meta de los programas presupuestales, las matrices de indicadores para resultados, el plan anual de gestión. Miden los logros alcanzados y permite verificar o dimensionar los cambios realizados. Permiten monitorear y evaluar los resultados obtenidos a partir de las variables cuantitativas y/o cualitativas.

² E. Larson *Vigilancia de la higiene de las manos: ¿sin sentido, perjudicial o útil?* Am J Control de infecciones. , 41 (Suplemento),
³ C. Jones , B. Gannon , A. Wakai , R. O'Sullivan *Una revisión sistemática del costo de la recopilación de datos para el seguimiento del desempeño en los hospitales.* Syst Rev., 4 (2015), pág. 38 doi: 10.1186/s13643-015-0013-
⁴ OPS *objetivos de desarrollo sostenible al 2030.*

Para la creación de indicadores que monitoreen el comportamiento de la calidad y seguridad de los cuidados enfermeros, es importante la selección de riesgos relacionados con los cuidados, para esto es necesario que las gestoras del cuidado conozcan las actividades y procesos que se desarrollan en la institución, lo que les permitirá elaborar indicadores que respondan a las siguientes pautas: fácil de medir. Que considere cálculo de muestra representativa. Selección de la muestra en forma aleatoria. 5

El uso de indicadores en enfermería es un avance en la gestión porque permite objetivar aspectos relevantes, establecer comparaciones, proponer objetivos y crear una cultura de evaluación y mejora continua de la calidad.

V. OBJETIVOS DE LA FORMULACIÓN DE INDICADORES DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO

OBJETIVO GENERAL

Tiene como objetivo crear lineamientos e instrumentos de enfermería, enfocados a identificar los procesos de calidad de estructura, proceso y resultado de las acciones de enfermería a los usuarios, al experimentar situaciones relacionadas con la seguridad y la reducción de los riesgos, a los que se ven expuestos los usuarios que interacciona con el sistema sanitario, los cuales serán usados para mostrar los cambios y progresos que está haciendo un programa hacia el logro de un resultado específico y además, conocer los resultados de las intervenciones de enfermería, analizarlos, evaluarlos y reformular las metas contribuyendo a elevar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente, a través de la mejora continua de los procesos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la metodología para formular los indicadores de la gestión de la calidad de enfermería.
- Operacionalizar los indicadores para el fortalecimiento de la calidad de la gestión de los servicios de enfermería.
- Definir las fuentes de información para la elaboración de los indicadores.
- Interpretar los resultados y proponer cambios.
- Impulsar la Mejora Continua de los Procesos en bien de los usuarios externos.

Ejemplos de indicadores de calidad de cuidados relacionados con la seguridad del paciente, que se señalan en la siguiente figura.



5 Ministerio de Sanidad y Consumo. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente: Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>. Google Académico

Cuanto acontece con la salud de la población peruana que es un reflejo de su realidad social, sin embargo, se viene realizando grandes esfuerzos por mejorar en los indicadores con la participación activa y comprometida

de los Recursos Humanos (RRHH). 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.

En el presente libro se desarrollarán los indicadores de calidad que permitan visualizar los resultados de las situaciones presentadas en los servicios y de las intervenciones terapéuticas de enfermería. Servirá para analizar, tomar decisiones y establecer planes de mejora continua para aquellos indicadores que no den la respuesta esperada.

La labor del personal de enfermería debe basarse en actuar con asertividad, calidad y seguridad, beneficiando al usuario. Tiene en cuenta los valores de respeto, interés y empatía, para contribuir en su bienestar. Por tanto, debe existir una relación profesional de confianza y principios éticos, permitiendo una buena comunicación con él y con su familia.

VI. TIPOS DE INDICADORES

Se pueden encontrar once tipos de indicadores que son los más utilizados en gestión de instituciones de salud.

1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Las estadísticas demográficas se refieren a los hechos vitales tales como nacimientos y fallecimientos. Las tasas más utilizadas son la natalidad, mortalidad bruta y por grupos de edad, fecundidad, etc.



- a. La tasa de natalidad, mide la relación entre los nacimientos y la población total y su valor estriba en observar su tendencia a través del tiempo, es decir si es ascendente o descendente porque permite establecer, junto con otros factores (mortalidad, expectativa de vida), la evolución demográfica de una sociedad.
- La fórmula de obtención de la tasa de natalidad es: $\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos} / \text{población total} \times 1000$. Habitualmente se mide de forma anual y cada 1000 personas.
- b. Pirámide etaria. Es la representación gráfica de la composición por grupos de edad y sexo de una población. Desde el punto de vista sanitario resulta fundamental conocer el N° de individuos por grupos de edad y sexo. Las categorías más relevantes son:
Menores de 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 14 años, de 15 a 64 años (es necesario conocer el subgrupo de mujeres en edad fértil, es decir de 15 a 49 años) Mayores de 65 años.
- c. Crecimiento vegetativo. $\text{Nacidos vivos} - \text{fallecimientos} / \text{población total} \times 100$ En los países desarrollados el crecimiento vegetativo es bajo, alrededor del 1% o ligeramente superior. En algunos países puede ser inferior a 1%, en cuyo caso la población es decreciente. En los países en desarrollo generalmente se encuentra por encima de 2%.
- d. Fecundidad tasa de fecundidad. $\text{Nacidos vivos} / \text{Mujeres en edad fértil} \times 1000$. Representa el N° de nacidos vivos por cada 1000 mujeres en edad fértil.

2. INDICADORES DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD

- a. Tasa de mortalidad general. Esta tasa es poco específica y sus variaciones son muy lentas y progresivas.
La fórmula de obtención es la siguiente: $\text{TM} = \text{N}^\circ \text{ de fallecidos} / \text{población total} \times 1000$.
- Tasas de mortalidad por grupos de edad o condición específica. Estas tasas son de mayor utilidad y uso habitual. Son indicadores de alta sensibilidad no sólo para medir el nivel de salud sino también el grado de desarrollo sociocultural y económico.

6Calidad en Enfermería: Su Gestión, Implementación y Medición NaldyFebréPhDIEUy otros
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.008>Get rights and content

- Mortalidad Infantil TASAFORMULA. Tasa de mortalidad infantil (TMI). $\text{N}^\circ \text{ de fallecidos menores de 1 año} / \text{Nacidos vivos} \times 1000$.
- Tasa de mortalidad neonatal (TMN). $\text{N}^\circ \text{ de fallecidos menores de 28 días} / \text{Nacidos vivos} \times 1000$.
- Tasa de mortalidad post-neonatal o tardía (TMP). $\text{N}^\circ \text{ de fallecidos de 29 días a menores de 1 año} / \text{Nacidos vivos} \times 1000$. La TMI es un indicador de alto valor y sensibilidad respecto al estado de salud y socioeconómico de una sociedad.
- La TMP o tardía se asocia a factores sociales, educación de la madre y atención del niño. Los factores asociados a una TMI elevada son: -Edad de la madre (menos de 20 años y más de 35) - Familia no constituida - Multiparidad - Pobreza - Deficiente educación de la madre -Hijos no deseados.
- Tasa de Mortalidad Materna (TMM). Esta tasa expresa la mortalidad de las mujeres por problemas patológicos, relacionados con la gestación. Es un indicador muy sensible de aspectos como la atención del embarazo (que permite la detección de patologías y la prevención de situaciones graves en el momento del parto), el número y la calidad de las consultas prenatales, y la atención del parto y el puerperio (partos institucionales, atención profesional del parto, medios y recursos hospitalarios, etc).

También tiene relación con la cultura, la situación económica y la accesibilidad de la población a los servicios. La Tasa de Mortalidad Materna (TMM) se calcula conociendo el N° de muertes de mujeres por causas de la gestación y se mide por 10.000 nacidos vivos. Fórmula de obtención: $\text{N}^\circ \text{ de Muertes maternas} / \text{N}^\circ \text{ de Recién nacidos vivos} \times 10000$.



3. INDICADORES DE RECURSOS

- **a.** N° de camas hospitalarias. Actualmente se acepta que un ratio de 2 o 2,5 camas por 1000 personas es suficiente para atender la demanda de hospitalización, siempre y cuando se cumpla con una estancia media correcta y una ocupación óptima.
- **b.** La Atención Primaria de la Salud, La cirugía sin internación, el hospital de día, los medios de diagnóstico moderno, el tratamiento ambulatorio, la internación domiciliaria, etc. Son modalidades de atención que van desplazando a la cama hospitalaria por su costo menor, mayor comodidad para el paciente y fiabilidad diagnóstica o terapéutica.
- **c.** N° de médicos. La relación médicos/habitantes debe ser uno de los indicadores que admite mayor variabilidad. Desde el clásico 1 médico por cada 1000 habitantes acuñado por la OMS hasta la cifra de 1 médico cada 100 habitantes que se observa en muchas ciudades occidentales.
- **d.** N° de enfermeras. Si bien no existe un número óptimo de enfermeros, técnicos y de médicos, se acepta que en hospitales el número de enfermeros debe ser siempre mayor que el de médicos, al menos en proporción de 2 a 1.

Otro aspecto importante es la capacitación de las personas que trabajan en Enfermería: la proporción adecuada es 20% de auxiliares y 80% de profesionales.

4. INDICADORES ECONÓMICOS RELACIONADOS CON SALUD

Expresan de una forma relacional la importancia que tienen en una sociedad los recursos que se destinan a salud, si bien su magnitud absoluta debe observarse en relación con el tipo de sistema de salud y los resultados en términos de salud y equidad para una valoración más adecuada.

- **a.** Gasto sanitario total como % del PNB. Expresa la relación porcentual del gasto total en salud (privado y público) con relación al producto nacional bruto.
- **b.** Gasto sanitario per cápita en U\$. Es la relación entre el gasto sanitario total y la población, expresada en U\$.
- **c.** Gasto público como % del gasto sanitario total. Expresa la proporción que alcanza el gasto sanitario público sobre el total del gasto en salud. También es una expresión del tipo de sistema de salud que tiene un país.
- **d.** Gasto privado como % del gasto sanitario total. Expresa la carga financiera de los ciudadanos, ya sea en forma de gasto directo o por medio de seguros privados.

5. INDICADORES DE DEMANDA DE SERVICIOS

- **a.** Indicadores de demanda de servicios sanitarios. Estos indicadores se utilizan para calcular la demanda futura de un determinado servicio.
- **b.** El cálculo de estos indicadores requiere la siguiente información:
 - Información de las características demográficas y económicas de la población y su distribución por grupos de edad y sexo y proyecciones de población.
 - Información de la utilización actual de los recursos o servicio en cálculo, camas de hospital, egresos, días de estada por los diversos grupos de población.
 - Productividad actual del recurso. Este método permite construir las propias tasas de utilización o frecuencia para una población o país. Cuando esto no es posible por falta de información fiable o completa, se puede utilizar como referencias tasas de otros países.
- **c. Hospitalización. Frecuencia hospitalaria.** Método de cálculo: $\text{Número de egresos en un área} / \text{Población actual del área} \times 1000 = \text{Frecuentación hospitalaria}$.

6. INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA

- **Consultas externas.** Son requeridas de forma diferente (en cuanto a número), de acuerdo a la población, a su composición por edades y al tipo de consulta.
- **Consultas de urgencias hospitalarias.** La actividad de consultas de urgencias hospitalarias es previsible e incluso programable; aunque existen diferencias, según el tipo de hospital, el entorno geográfico; la condición social y económica de la población. Cálculo: N° de consultas de urgencias realizadas en el año / población total = consultas de urgencias/persona/año.

7. INDICADORES HOSPITALARIOS

- **a.** Egresos de un hospital. Para conocer los egresos máximos teóricos (al óptimo de ocupación) que puede producir un hospital se debe disponer del N° de camas y la Estancia media (EM). Se acepta que el nivel de ocupación óptimo es del 85%. Como se trata de un promedio anual, implica que las camas se ocupan con eficiencia y no faltan cuando la demanda es elevada ni sobran en exceso cuando la demanda es baja. La fórmula para el cálculo es: $\text{Egresos Máximos Teóricos (EMT)} = N^{\circ} \text{ de camas} \times 365 \text{ días} \times 0.85 / \text{Estancia Media (EM)}$ Estimación de las Urgencias de un hospital Ya que el 60% de los egresos proceden de Urgencias y que se internan el 15% de las consultas de Urgencias.
- **b.** Estimación de las consultas externas de un hospital. Las consultas externas tienen relación con los egresos en la medida que el 40% de ellos proceden de las mismas y cada 3 o 4 consultas de primera vez se produce un ingreso.
- **c.** Indicadores de laboratorio. Es importante que el laboratorio registre, por cada uno de sus productos tres aspectos diferentes, que son: N° de pacientes, N° de solicitudes y N° de determinaciones (pruebas de laboratorio individuales). Además, se debe registrarla procedencia de la solicitud, es decir el servicio clínico o el área que pide el análisis (consulta externa, guardia, hospitalización).
- **d.** Indicadores de Radiología. Se debe registrar los mismos datos que laboratorio, es decir N° de pacientes, N° de estudios radiológicos convencionales, contrastados, ecografías, entre otros.
- **e.** Indicadores de farmacia.
 1. Dosis unitaria = (90% de las camas) Pacientes abastecidas por este mecanismo
 2. Nutrición parenteral: 10% de los ingresos.
 3. Total, de Medicamentos solicitados.
 4. N° o % Déficit de Medicamentos.

ENFERMERIA	TIEMPO (minutos)	CRED
1º Consulta CRED	30	45
Consultas sucesivas Admisión de paciente en servicio de hospitalización	15	20
Cuidados básicos al paciente ingresado/día	25	25 Servicio de hospitalización
Cuidados intermedios al paciente ingresado /día	60	Servicio de cuidados intermedios
Cuidados intensivos al paciente ingresado /día	220	Unidad de cuidados intensivos

480

Fuente: Modificado: Gestión de Hospitales. Cuervo, Varela y Belenes. Modificado por el autor

VII. IMPORTANCIA DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN ENFERMERÍA

La enfermera(o) desempeña un papel fundamental al ser responsable de la gestión del cuidado holístico de usuario, de su seguridad y de reducir riesgos y daños. Estos indicadores son una herramienta de gestión que permite medir los estándares de calidad en el cuidado de la salud.

Aunque siempre ha habido evaluaciones de los servicios asociados con los pacientes de manera directa o indirecta, la creación de estos indicadores permite identificar las observaciones que puedan existir en la prestación del servicio y las mejoras continuas que se deben formular.

Las enfermeras gestoras consideran importante la implementación de estos indicadores de calidad en la atención de Enfermería, porque les permite evaluar directamente su desempeño en el trabajo y valorar el nivel de satisfacción del usuario interno y externo.

Contar con indicadores oportunos y confiables permite informar sobre el uso del presupuesto, conocer el desempeño del personal en el desarrollo de los programas y rendir cuentas.

Por otra parte, estos indicadores ayudan a fortalecer las políticas de los hospitales en cuanto a su atención y seguridad al combinarlas con el conocimiento técnico científico, las habilidades y destrezas del personal de enfermería, impulsando un servicio de calidad y como resultado de ello se puedan enfrentar a situaciones de mucha presión como la que hemos vivido con la pandemia del COVID-19, respondiendo con el 100 % de esfuerzo para prestar un servicio de alta calidad, aun teniendo una carga de trabajo inmensurable; naturalmente no debe ser lo regular.

VIII. METODOLOGÍA PARA FORMULAR LOS INDICADORES DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

• 8.1 ESTRUCTURA DE LOS INDICADORES

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

- **1. Nombre:** Describe puntualmente e identifica al indicador.
- **2. Tipo:** del indicador. Señala el ámbito de aplicación del indicador; ósea Estructura – Proceso – Resultado.
- **3. Justificación:** Datos que sustentan la importancia de lo que se va a medir, así como el beneficio.
- **4. Objetivo del indicador:** Lo que se busca medir con el indicador.
- **5. Tipo de medida:** Porcentaje, número, tasa,
- **6. Numerador:** Describe o enuncia la unidad exacta de medida a emplearse.
- **7. Denominador:** Describe o enuncia la unidad exacta de medida a emplearse.
- **8. Fórmula.** Método de cálculo conformado por variables.
- **9. Umbral o estándar:** Es el nivel deseado de calidad al que se quiere llegar. Comparando los indicadores con estándares nacionales e internacionales, o comparando los resultados de indicadores en un periodo de seis a doce meses, es decir analizarlos a través del tiempo, según las metas establecidas.
- **10. Fuente de datos:** Describe el registro en el que están contenidos los datos precisos del numerador y denominador por separado
- **11. Técnica de recolección:** Describe la metodología de recolección de los datos.
- **12. Muestra.** Sub conjunto de elementos o unidades de donde se va obtener datos.
- **13. Periodicidad de medición del indicador:** Establece la frecuencia o periodo de medición del indicador.
- **14. Unidad responsable:** Indica la unidad orgánica o área responsable del monitoreo y evaluación del indicador.

8.2 CARACTERISTICAS DEL INDICADOR

- **Disponibilidad:** Datos de fácil obtención y al alcance.
- **Calidad:** Confianza en los datos, es decir que se obtengan datos completos, estandarización en los registros, y criterios parejos.
- **Simplicidad:** Cálculo sencillo y de fácil interpretación.
- **Factibilidad:** Que cuente con el registro de datos necesarios
- **Validez:** Que haya correlación positiva entre el indicador y la variable que se va a medir.
- **Confiabilidad:** Que sea real y que varíe conforme al fenómeno que mide.
- **Utilidad:** Que tenga uso práctico y operativa de las decisiones.
- **Especificidad:** El indicador debe reflejar sólo el fenómeno que mide.

8.3 TIPO DE INDICADORES

Según el enfoque sistémico de salud se clasifican en Indicadores de:

- Estructura
- Proceso
- Resultados

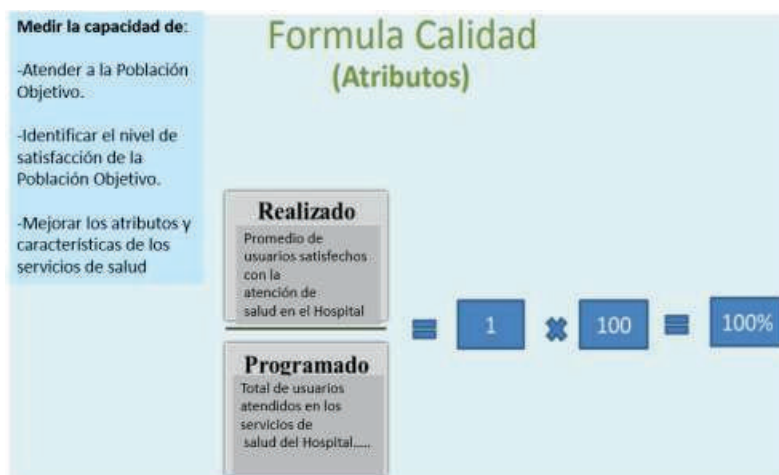
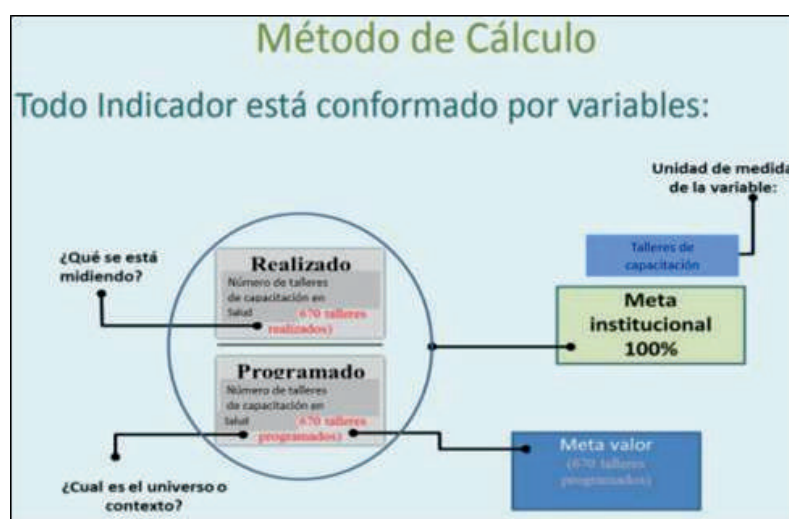
8.4 ETAPAS EN LA CONSTRUCCIÓN DE UN INDICADOR

Describir las actividades:

- Identificar lo que se va a medir y cómo queremos medir
- Describir los indicadores

Determinar la fuente de información del numerador

Ejemplos:



8.5 SEMAFORIZACIÓN

Presentar los resultados permite identificar si el cumplimiento y el avance del indicador fue el adecuado o esperado, haciendo uso de la semaforización.

EN RIESGO: Se hace uso del color rojo para indicar que el valor del indicador es mucho más alto o más bajo de lo proyectado, es decir, que la meta no alcanza los promedios aceptados en la atención de salud, por ejemplo, lavado de manos en el 100% de procedimientos y se alcanza solo un nivel de 88%. O que la meta ha excedido los estándares programados, de manera negativa, por ejemplo, se espera que el nivel de insatisfacción del usuario no sobrepase el 80% y lo encontramos en el 91%.

MEJORABLE

El valor alcanzado por el indicador es menor que la meta programada, pero se mantiene dentro del rango establecido. Los resultados no reportan avances significativos, es decir que las programaciones deben ser reajustadas para lograr los objetivos.

ÓPTIMO

El valor alcanzado por el indicador se encuentra por encima o debajo de meta programada. Se mantiene dentro del rango aceptable.

Definir los límites o parámetros superiores e inferiores para su medición:

LI= Límite Inferior y LS= Límite Superior

LI	LS	LI	LS	LI	LS
0%	59.9%	60%	79%	80%	100%, 130%

Considerar 30% para indicadores de eficiencia y eficacia.
Por encima del límite superior se considera error de Programación de Metas.

8.6 DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

8.6.1 INDICADORES ADMINISTRATIVOS:

1. Absentismo Laboral
2. Accidente de Trabajo
3. Investigación Aplicativa u Operativa en Enfermería
4. Educación Permanente en Servicio
5. Trato Digno al usuario Interno

8.6.2 INDICADORES ASISTENCIALES

6. Trato Digno al Usuario Externo
7. Visita Domiciliaria
8. Pedagogía y Andragogía Sanitaria para el Autocuidado el Autocuidado del usuario Ambulatorio
9. Control de CRED del Niño Sano
10. Control de CRED del Adolescente Sano
11. Detección e Alteraciones y Riesgos en el CRED
12. Inmunizaciones
13. Control de Enfermería
14. Sesiones de Consejería a la Familia
15. Terapia Grupal - Salud Mental

8.6.3 INDICADORES HOSPITALIZACIÓN

- 16. Orientación al Ingreso al servicio de la persona usuaria
- 17. Registros de enfermería soapie.
- 18. Diagnósticos de Enfermería
- 19. Prevención de riesgo de caídas de pacientes internados.
 - 19.1 Caída de usuario.
- 20. Prevención de daños por presión en los pacientes postrados. Lesiones por Presión (LPP).
- 21. Identificación oportuna de signos de alarma en el recién nacido.
- 22. Identificación oportuna de datos clínicos sugestivos de asfixia.
- 23. Educación para el autocuidado del paciente hospitalizado.
- 24. Permeabilidad de la vía venosa periférica.
 - 24.1** Presencia de flebitis en el área de venopunción periférica.
- 25. Permeabilidad del tubo oro traqueal.
 - 25.1** Extubación accidental.
- 26. Catéter vesical implantado sin complicaciones.
 - 26.1** Catéter vesical con complicaciones.
- 27. Cirugías electivas programadas ejecutadas.
 - 27.1** Suspensión de cirugías electivas programadas por causas atribuibles a Enfermería.
- 28. Satisfacción percibida por la Calidad del Cuidado de Enfermería.
- 29. Orientación al usuario de alta.
- 30. Reingresos por causas atribuibles a Enfermería.
- 31. Porcentaje de utilización de ventiladores en UCI.
- 32. Monitoreo de lavado de manos hospitalario.
- 33. Consejería para la lactancia materna.

FICHAS TÉCNICAS PARA LA FORMULACIÓN DE INDICADORES EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE ENFERMERÍA- INDICADORES ADMINISTRATIVOS

INDICADOR N° 1	
1. NOMBRE	ABSENTISMO LABORAL
2. TIPO	Estructura
3. JUSTIFICACIÓN	El absentismo es la ausencia del personal de enfermería al lugar de trabajo en periodos programados para laborar, cuya causa puede deberse a problemas personales o laborales. Se considera absentismo a: faltas, permisos, tardanzas, licencias, licencias; por incapacidad temporal para el trabajo, en que incurra el trabajador durante el mes programado.
4. OBJETIVO	Determinar el número de horas no laboradas por el personal de enfermería, con respecto a las programadas en un mes, por el servicio y/o establecimiento de salud y las consecuencias del absentismo.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	N° de horas laboradas
7. DENOMINADOR	Total de horas programadas
8. FORMULA	$\frac{\text{N° de horas laboradas en el mes}}{\text{Total de horas programadas en el mes}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	No mayor al 20%
10. FUENTE DE DATOS	Programación mensual de personal, registro de asistencia, kardex personal del trabajador.
11. TECNICA DE RECOLECCION	Análisis documental de los registros de asistencia del personal de enfermería y formatos de la 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 MEDICION	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 de la profesional de enfermería y personal técnico.
4. OBJETIVO	Determinar la frecuencia de accidentes de trabajo en el personal de enfermería y sus causas.
5. TIPO DE MEDIDA	Tasa por mil
6. NUMERADOR	N° de accidente de trabajo, reportados por el personal de enfermería y causas.
7. DENOMINADOR	Total de personal de enfermería.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{N° de accidentes de trabajo reportados por el personal de enfermería en el trimestre}}{\text{Total de personal de enfermería}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	Menor al 1%
10. FUENTE DE DATOS	Ficha de reporte de accidentes de trabajo y sus causas.
11. TECNICA DE RECOLECCION	Observación y análisis documental.
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICION	Trimestral
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera de salud ocupacional y/o jefa de servicio enfermera (o) supervisor, según corresponda.

INDICADOR N° 3	
1. NOMBRE	INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN ENFERMERÍA
2. TIPO	Resultado
3. JUSTIFICACIÓN	Proceso científico, sistemático y ordenado que se convierte en una evidencia del Cuidado Enfermero, cuyos resultados contribuyen al fortalecimiento de la atención y al desarrollo de la profesión.
4. OBJETIVO	Aplicar técnicas y métodos de la investigación científica para elaborar y ejecutar proyectos que permitan un auténtico proceso de mejora continua, en bien del usuario y desarrollo de la disciplina. Servir de referencia en la búsqueda de evidencias.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje de proyectos ejecutados y concluidos.
6. NUMERADOR	Nº de investigaciones concluidas por enfermeras.
7. DENOMINADOR	Total de enfermeras
8. FÓRMULAS	$\frac{\text{Total, de proyectos}}{\text{Total de investigaciones ejecutadas}} \times 100$ $\frac{\text{Total, de investigaciones}}{\text{Total de enfermeras}} \times 100$ $\frac{\text{Total, de problemas resueltos}}{\text{Total, de investigaciones}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	10 %
10. FUENTE DE DATOS	Registro de investigaciones en la oficina de capacitación e investigación de Enfermería.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación documental
12. MUESTRA	No corresponde
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Anual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión administrativo asistencial de enfermería.

INDICADOR N° 4	
1. NOMBRE	EDUCACIÓN PERMANENTE EN SERVICIO
2. TIPO	Estructura - proceso
3. JUSTIFICACIÓN	Proceso orientado a mantener una formación científica y tecnológica profesional integral de por vida, con el propósito de actualizar y adquirir nuevos conocimientos y adquirir nuevas competencias, destrezas y habilidades que permitan una mejor adaptación al cambio, mejorar el desempeño eficiente en el entorno laboral y brindar un servicio de calidad al usuario.
4. OBJETIVOS	Actualizar conocimientos Desarrollar nuevas competencias para el ejercicio profesional.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual

INDICADOR N° 4	
6. NUMERADOR	Número de enfermeras capacitadas en la modalidad de educación continua.
7. DENOMINADOR	Nº total de enfermeras (os)
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de enfermeras capacitadas educación continua}}{\text{Nº total de enfermeras (os)}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	Mayor al 90 %
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
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera supervisora, jefa de servicio de enfermería o según corresponda.

INDICADOR N° 5	
1. NOMBRE	TRATO DIGNO AL USUARIO INTERNO
2. TIPO	Proceso - resultado
3. JUSTIFICACIÓN	La percepción de trato digno proporcionada por la jefa de servicio en el ámbito laboral. Es importante como elemento de la gestión del potencial humano por la jefatura de servicio de enfermería. Comprende: el respeto a los derechos laborales y de la cultura individuales de la enfermera, derecho a la información suficiente, veraz y oportuna, a la escucha comprensiva, así como, la cortesía y amabilidad. Realizar observaciones de manera personal y en privado. Estimular en público. Orientar, enseñar con el ejemplo. La percepción del usuario interno sobre la interacción de la Jefatura podría verse afectada y deshumanizada, motivando la necesidad del monitoreo, supervisión y evaluación de este componente.
4. OBJETIVO	Fortalecer la interacción humana enfermera (o) Jefe personal de enfermería y satisfacer las expectativas del usuario.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Nº de usuarios internos satisfechos según criterios.
7. DENOMINADOR	Total, de usuarios encuestados o monitoreados.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de usuarios internos satisfechos según criterios}}{\text{Total, de encuestados o monitoreados}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	Mayor del 80% de los criterios establecidos.
10. FUENTE DE DATOS	Encuesta o ficha de monitoreo.
11. TÉCNICA E RECOLECCIÓN	Observación, entrevista y encuesta.
12. MUESTRA	Porcentual 80% del personal.
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera asistencial, jefa de servicio de Enfermería, Supervisora de Enfermería.

INDICADORES ASISTENCIALES

INDICADOR N° 6	
1. NOMBRE	TRATO DIGNO AL USUARIO EXTERNO
2. TIPO	Proceso - resultado
3. JUSTIFICACIÓN	El trato digno del usuario es importante como elemento de la dimensión humana de la calidad del cuidado de enfermería. Comprende: El trato respetuoso, cortes y amable, respeto de las características individuales y la cultura de la persona, información suficiente, veraz y oportuna, así como el consentimiento informado. Trato por su nombre y personalizado. Explicarle sobre los procedimientos a realizar. Velar por su individualidad y pudor. La percepción del usuario externo podría conllevar a intervenciones deshumanizadas en el servicio prestado, motivando la necesidad del
4. OBJETIVO	monitoreo de este componente. Fortalecer la interacción humana 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 externos encuestados o monitoreados.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de usuarios externos satisfechos según criterios}}{\text{Total, de encuestados o monitoreados}} \times 100$
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, jefa de servicio de enfermería, supervisora de enfermería.



INDICADOR N° 7	
1. NOMBRE	VISITA DOMICILIARIA
2. TIPO	Resultado
3. JUSTIFICACIÓN	Sesión terapéutica, ejecutada por el profesional enfermero tendiente a identificar la situación de salud y brindar cuidado a la persona y/o familia en su domicilio. Este cuidado enfermero permite valorar, detectar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar la solución de los problemas de salud de la persona y su familia, potenciando en los estilos de vida saludable y la autonomía y mejorando su calidad de vida. Empoderándolos en el autocuidado de la salud.
4. OBJETIVO	Brindar cuidado enfermero a la persona y su familia en su domicilio. Identificar riesgos y alteraciones. Derivar al usuario a los especialistas.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	Nº de visitas domiciliarias realizados.
7. DENOMINADOR	Nº de visitas domiciliarias programadas
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de visitas domiciliarias realizadas}}{\text{Nº de visitas domiciliarias programadas}} \times 100$
9. UMBRAL (ESTÁNDAR)	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 supervisora del cuidado. Enfermera asistencial y equipo de gestión de enfermería.

INDICADOR N° 8	
1. NOMBRE	PEDAGOGÍA Y ANDRAGOGÍA SANITARIA PARA EL AUTOCUIDADO DEL USUARIO AMBULATORIO
2. TIPO	Proceso y resultado
3. JUSTIFICACIÓN	La pedagogía y la andragogía sanitaria de enfermería pone énfasis el proceso de enseñanza/aprendizaje impartido por la enfermera sobre aspectos preventivo - promocionales encaminado a modificar de manera favorable conocimientos, actitudes y hábitos de la persona sana o enferma, en todas las etapas de la vida, de la familia y grupos de la comunidad que conduzca a mejores estilos de vida y fortalecimiento del autocuidado, garantizando el bienestar y la calidad de vida que demandan los usuarios del primer nivel de atención.
4. OBJETIVO	Lograr que la población cuente con educación sanitaria en salud y se empodere en el autocuidado y adopte un estilo de vida saludable.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	Número de personas que recibieron educación sanitaria.
7. DENOMINADOR	Total, de usuarios atendidos en el establecimiento.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº personas recibieron educación sanitaria}}{\text{Total, usuarios atendidos en Establecimiento}} \times 100$
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	Área asignada por enfermera.
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Supervisora de Enfermería, Coordinadora del cuidado, Enfermera asistencial. Enfermera Especializada en Salud Pública

INDICADOR N° 9	
1. NOMBRE	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO SANO (CRED)
2. TIPO	Proceso y resultado
3. JUSTIFICACIÓN	Evaluación periódica y programada del niño. Supervisión del CRED. Valoración del niño hasta los 12 años, minuciosa y especializada que desarrolla la enfermera, orientada a la detección integral, oportuna de las anomalías y riesgos otorgando el cuidado holístico específico; orientando a las madres y padres para el reconocimiento e identificación de los criterios de riesgo, alteraciones o patologías. Poniendo énfasis en la pedagogía y la andragogía sanitaria en la educación de la promoción a la salud y de protección frente a riesgos.
4. OBJETIVO	Garantizar el crecimiento normal y óptimo del niño según la edad. Detectar a tiempo cualquier riesgo o anomalía en el Niño.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Nº de niños de edad controlados.
7. DENOMINADOR	Total, de niños de.... edad citados en CRED.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº Controles Crecimiento y Desarrollo de niños por la enfermera}}{\text{Total, de niños citados para CRED}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	95 % de niños controlados
10. FUENTE DE DATOS	Fichas de evaluación
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Formatos de Valoración céfalo caudal, emocional, social y espiritual. Observación, auscultación, palpación y entrevista a la madre o tutor. Aplicación de la guía técnica de CRED.
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera de programa de CRED y/o jefatura correspondiente, Coordinadora del cuidado, Supervisora del cuidado o Supervisora de Enfermería.

INDICADOR N° 10	
1. NOMBRE	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL ADOLESCENTE SANO (CRED)
2. TIPO	Proceso y resultado
3. JUSTIFICACIÓN	Valoración del adolescente hasta los 18 años, minuciosa y especializada que desarrolla la enfermera, orientada a la detección integral, oportuna de las anomalías y riesgos otorgando el cuidado holístico específico; orientando a las madres y padres para el reconocimiento e identificación de los criterios de riesgo, alteraciones o patologías. Poniendo énfasis en la pedagogía y la andragogía sanitaria en la educación de la promoción a la salud y de protección frente a riesgos.
4. OBJETIVO	Evaluación integral del adolescente. Detección temprana de riesgos o anomalías del adolescente.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Nº de adolescentes de edad controlados.
7. DENOMINADOR	Total, de adolescentes de.... edad citados en CRED.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº Control del adolescente por la enfermera}}{\text{Total, adolescentes citados para CRED}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	95 % de adolescentes controlados
10. FUENTE DE DATOS	Fichas de evaluación
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Fichas de registro de: Valoración céfalo caudal, emocional, social y espiritual. Observación, auscultación, palpación y entrevista a la madre o tutor. Aplicación de la guía técnica de CRED.
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera de programa de CRED y/o jefatura correspondiente, Coordinadora del cuidado, Supervisora del cuidado o Supervisora de Enfermería.

INDICADOR N° 11	
1. NOMBRE	DETECCIÓN DE ALTERACIONES Y RIESGOS EN EL CRED
2. TIPO	Resultado
3. JUSTIFICACIÓN	Evaluación periódica y programada del niño y tiene como principal objetivo la supervisión de su crecimiento y desarrollo y la promoción de la salud. Valoración del niño o adolescente, minuciosa y especializada que desarrolla la enfermera, orientada a la detección oportuna de las anomalías y riesgos otorgando el cuidado específico. Desarrolla actividades de promoción a la salud, protección frente a riesgos. Las madres y padres desconocen los criterios de identificación de riesgos, signos de alarma, alteraciones o patologías.
4. OBJETIVO	Identificación de alteraciones y riesgos y referencia oportuna de los casos para el tratamiento especializado.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Nº de Niños o adolescentes de... edad alteraciones y riesgos detectados
7. DENOMINADOR	Total, de niños o adolescentes de ... edad controlados en el Programa de CRED
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº Niños de... años con alteraciones/riesgos detectados}}{\text{Total, de controles de crecimiento y desarrollo del niño}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	99% de alteraciones y riesgos en niños de ... edad, detectadas
10. FUENTE DE DATOS	Fichas de evaluación y Hoja de referencia
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Valoración céfalo caudal, emocional, social y espiritual. Observación, auscultación, palpación y entrevista a la madre o tutor. Observación, auscultación, palpación y entrevista a la madre o tutor.
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera de programa de CRED y/o jefatura correspondiente, Coordinadora del cuidado, Supervisora del cuidado o Supervisora de Enfermería.

INDICADOR N° 12	
1. NOMBRE	INMUNIZACIONES
2. TIPO	Resultado
3. JUSTIFICACIÓN	Proceso de Inmunización que realiza la enfermera en el ámbito pre patológico y que conlleva contribuir a alcanzar coberturas óptimas de protección por vacuna. Educa y orienta sobre posibles reacciones y las acciones que deben adoptar para mitigar el daño. Mide la proporción de usuarios vacunados por grupo etario 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 etario, por tipo de vacuna.
7. DENOMINADOR	Total de usuarios por grupo etario en riesgo.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de usuarios vacunados por grupo etario, Por tipo de vacuna}}{\text{Total, de usuarios por grupo etario en riesgo}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	100% de programados.
10. FUENTE DE DATOS	Registro de vacunas, población programática.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación, registro documental.
12. MUESTRA	No corresponde
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera especializada del programa de inmunizaciones o quien corresponda.

INDICADOR N° 13	
1. NOMBRE	CONTROL DE ENFERMERÍA
2. TIPO	Estructura proceso resultado
3. JUSTIFICACIÓN	Ejecución y evaluación del paciente requieren apoyo de sus familiares. La enfermera brinda consejería sobre cuidado generales a los usuarios en el hogar, régimen higiénico dietéticos, sobre el tratamiento y sus posibles reacciones e interacciones con otros medicamentos, signos de alarma, seguimiento y controles y las acciones que deben adoptar para mitigar el daño. Identificación inadecuada de los pacientes en la población. Calidad de los cuidados extremadamente variables. Escasa coordinación entre los servicios que atienden a estos pacientes. Ausencia de sistema de evaluación de resultados en la población.
4. OBJETIVO	Capacitar al paciente para evitar que sea un sujeto pasivo en el cuidado de su enfermedad. Evaluar e informar. Determinar el impacto de la intervención terapéutica holística de enfermería, en las diversas estrategias sanitarias. Detectar riesgos y complicaciones en el estado de salud del usuario
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	Nº de controles de Enfermería ambulatorios. x 100.
7. DENOMINADOR	Nº de controles programados por daño.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de controles de Enfermería ambulatorios realizados}}{\text{Nº Controles programados por daño}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	Mayor del 90% de lo programado
10. FUENTE DE DATOS	Registros diarios de atención, Anotaciones de enfermería, tarjeta del paciente.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa, evaluación y entrevista.
12. MUESTRA	No corresponde
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual – consolidados trimestrales, semestrales y anuales
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera asistencial, enfermera especializada. Enfermera Supervisora de Enfermería. Coordinadora del cuidado.

INDICADOR N° 14	
1. NOMBRE	SESIONES DE CONSEJERÍA A LA FAMILIA
2. TIPO	Estructura proceso resultado
3. JUSTIFICACIÓN	Ejecución y evaluación del Proceso de consejería a la familia. Los pacientes requieren apoyo de sus familiares o cuidadores para recuperar su estado de salud y mantener un estilo de vida saludable, adherencia al tratamiento y controles necesarios. La enfermera brinda consejería sobre cuidado generales a los usuarios en el hogar, régimen higiénico dietéticos, sobre el tratamiento y sus posibles reacciones e interacciones con otros medicamentos, signos de alarma, seguimiento y controles y las acciones que deben adoptar para mitigar el daño.
4. OBJETIVO	Fortalecer el apoyo de la familia al paciente. Mantener un seguimiento estricto y contar con un nexo de comunicación e información del familiar

	del usuario Prevenir riesgos y complicaciones en el estado de salud del usuario. Impulsar la participación de la familia en el cuidado de la salud del usuario.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	Nº de sesiones de consejería a la familia/cuidadores. x 100.
7. DENOMINADOR	Nº de sesiones de consejería a la familia/cuidadores programados
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de sesiones de consejería a la familia/cuidadores}}{\text{Nº sesiones de consejería a la familia/cuidadores programados}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	Mayor del 90% de lo programado.
10. FUENTE DE DATOS	Registros estadísticos, de consejería a los familiares y cuidadores.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa, observación de registros.
12. MUESTRA	No corresponde
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual – consolidados trimestrales, semestrales y anuales.
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera asistencial, enfermera especializada. Enfermera Supervisora de Enfermería. Coordinadora del cuidado.



INDICADOR N° 15	
1. NOMBRE	TERAPIA GRUPAL- SALUD MENTAL
2. TIPO	Estructura proceso resultado
3. JUSTIFICACIÓN	Es una forma de intervención psicoterapéutica en la que un terapeuta trabaja con varios individuos al mismo tiempo, que comparten experiencias y desafíos similares en lugar de sesiones individuales. Puede abordar una variedad de problemas emocionales y psicológicos. Tienen la oportunidad de expresar sus pensamientos y emociones, recibir apoyo mutuo, aprender estrategias de afrontamiento y explorar soluciones a sus problemas. Requieren la ejecución y evaluación terapia grupal a los pacientes de salud mental: músico terapia, terapia gestáltica,
4. OBJETIVO	Fortalecer el apoyo psicológico. Integrar al paciente a la sociedad. Desarrollar habilidades sociales. Explorar Patrones de conducta Prevenir riesgos y complicaciones en el estado de salud del usuario.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	Nº de participantes en la terapia grupal. x 100.
7. DENOMINADOR	Nº de pacientes programados para la terapia grupal.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de participantes en la terapia grupal}}{\text{Nº pacientes programados para la terapia grupal}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	Mayor del 90% de lo programado
10. FUENTE DE DATOS	Registros estadísticos.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa, observación de registros.
12. MUESTRA	No corresponde.
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual – consolidados trimestrales, semestrales y anuales
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera asistencial, enfermera especializada. Enfermera Supervisora de Enfermería. Coordinadora del cuidado.



INDICADOR N° 16	
1. NOMBRE	ORIENTACION AL PACIENTE QUE INGRESA AL SERVICIO
2. TIPO	Resultado
3. JUSTIFICACIÓN	La persona al ingresar al servicio experimenta dudas y temores respecto a su participación para el autocuidado de su salud, ameritando ser guiado y orientado con eficacia en la conducta a seguir; por tal motivo la enfermera ejecuta un conjunto de actividades de comunicación, educación y orientación al paciente de la unidad de hospitalización; comprende la educación sobre: estructura física, timbre de llamada, uso del intercomunicador, ubicación del material hospitalario. las medidas de cuidado a seguir: actividad, descanso,

	régimen terapéutico, identificación de signos/síntomas de alarma que indican necesidad de atención, entre otros.
4. OBJETIVO	Favorecer la adaptación al servicio de la persona usuaria que ingresa al servicio de hospitalización.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Número total de usuarios que firman formulario de orientación al ingresar al servicio de hospitalización.
7. DENOMINADOR	Número total de ingresos al servicio de hospitalización.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº total de usuarios que firman formulario de orientación al ingresar al servicio de hospitalización}}{\text{Total de ingresos al servicio de hospitalización}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	El 100% de pacientes que ingresan al servicio.
10. FUENTE DE DATOS	Registro de orientación al paciente al ingresar al servicio de hospitalización.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación, entrevista al usuario, monitoreo de lista de cotejo que usa la enfermera que educa e informa al ingresar el paciente al servicio.
12. MUESTRA	Proporcional al número de pacientes ingresados al servicio de hospitalización. 100% de usuarios.
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera Supervisora y Enfermera jefe de servicio

INDICADOR N° 17	
1. NOMBRE	EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
2. TIPO	Proceso - resultado
3. JUSTIFICACIÓN	La enfermera pone énfasis el proceso de enseñanza/aprendizaje impartido al paciente hospitalizado o al cuidador, sobre aspectos preventivo - promocionales y recuperativos, encaminado a modificar de manera favorable conocimientos, actitudes y hábitos del paciente, que lo conduzca a mejorar su estilo de vida y fortalecer su autocuidado, garantizando su recuperación y la optimización de su calidad de vida; que demandan de los usuarios hospitalizados en los Establecimientos de Salud de en los diferentes niveles de atención.
4. OBJETIVO	Lograr que el usuario hospitalizado cuente con educación sanitaria y se empodere en su autocuidado y adopte un estilo de vida saludable. Evitando riesgos y complicaciones.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	Número de personas que recibieron educación para el autocuidado.
7. DENOMINADOR	Total de usuarios atendidos en el establecimiento.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº pacientes que recibieron educación para el autocuidado}}{\text{Total, usuarios atendidos en Establecimiento}} \times 100$
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.
12. MUESTRA	Un servicio o todos los servicios de enfermería del establecimiento.
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Supervisora de Enfermería. Enfermera Jefe de servicio, Enfermera Asistencial/ Especializada.



INDICADOR N° 18	
1. NOMBRE	REGISTROS DE ENFERMERÍA SOAPIE
2. TIPO	Estructura - proceso
3. JUSTIFICACIÓN	La una herramienta estructurada que evidencia el registro claro del cuidado enfermero. Quedando documentada a través de los diferentes formatos y/o registros diseñados e implementados, con la finalidad de

	que el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) sea continuo, oportuno seguro y humano previniendo riesgos en los usuarios y asegurando la calidad del cuidado. SOAPIE, es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente. Así como las intervenciones, observaciones y evaluaciones que realiza la enfermera; también se le conoce como estructura o reglas del registro de la enfermera. Sus siglas corresponden al siguiente contenido: S - Datos Subjetivos, O - Datos objetivos, A- Análisis E Interpretaciones de los datos, P - Plan de atención, I - intervención o ejecución, y E - Evaluación de los resultados esperados; concluyendo con la firma y el N° de colegio y sello de la enfermera que atendió al 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.
4. OBJETIVO	Contribuir al mejoramiento de la calidad de la información y el cuidado enfermero a través del correcto manejo del registro. Favorecer los procesos de auditoría, de investigación, de supervisión terapéutica, diagnósticas y del cuidado propiamente dicho.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	N° de registros de Enfermería correctos y actualizados
7. DENOMINADOR	Total, de registros evaluados
8. FÓRMULA	$\frac{\text{N° de registros de Enfermería del SOAPIE correctos y actualizados}}{\text{Total, de registros evaluados}} \times 100$
9. UMBRAL (Estándar)	Mayor del 80% registros correctos.
10. FUENTE	Historia clínica, registros de enfermería aprobados en el establecimiento.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión de las Fuentes según los criterios establecidos en forma aleatoria.
12. MUESTRA	Aplicado en todos los servicios de enfermería de los establecimientos de salud según niveles de atención.
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral – semestral
14. UNIDAD RESPONSABLE	Jefaturas de Enfermería según tipo de establecimiento de salud, enfermeras asistenciales.



INDICADOR N° 19	
1. NOMBRE	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
2. TIPO	Estructura - proceso - resultado
3. JUSTIFICACIÓN	Viene a ser la segunda etapa del Proceso de Atención de Enfermería derivada de la primera etapa que es la valoración del paciente, familia o grupo comunitario. Implica la identificación y análisis de problemas o necesidades de salud del paciente. Proceso que se lleva a cabo en colaboración con el paciente, consiste en establecer un juicio crítico a partir del cual desarrollar un plan de intervenciones, dirigido a canalizar o solucionar problemas prioritarios en el campo de competencias de la enfermera. A través de este, se pueden identificar, analizar y determinar las respuestas humanas a los problemas de salud individuales, familiares o comunitarios específicos que, requieren planificación e intervenciones de enfermería para abordar estas respuestas de manera efectiva.
4. OBJETIVOS	Identificar problemas de salud. Individualización del cuidado. Planificación de intervenciones de enfermería. Prevención de problemas potenciales. Evaluación continua. Mejora de la calidad de atención y cuidado. Empoderamiento del paciente. Promoción de la educación en salud. Facilitar la comunicación con otros profesionales de la salud. Fortalecer las estrategias metodológicas del cuidado profesional
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	Nº de Diagnósticos de Enfermería correctos y actualizados
7. DENOMINADOR	Total, de registros evaluados
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de Diagnósticos de Enfermería correctos y actualizados}}{\text{Total, de registros evaluados}} \times 100$
9. UMBRAL (Estándar)	Mayor del 95 % registros correctos.
10. FUENTE	Historia clínica, registros de enfermería aprobados en el establecimiento.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión de las Fuentes según los criterios establecidos en forma aleatoria.
12. MUESTRA	Aplicado en todos los servicios de enfermería de los establecimientos de salud según niveles de atención.
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral – semestral
14. UNIDAD RESPONSABLE	Jefaturas de Enfermería según tipo de establecimiento de salud, enfermeras asistenciales.

INDICADOR N° 20	
1. NOMBRE	PREVENCIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
2. TIPO	Proceso
3. JUSTIFICACIÓN	La posibilidad de accidentes que provoquen eventos adversos en la atención y cuidado holístico en Enfermería se pueden evitar con la prevención. La finalidad del cuidado enfermero de calidad a la persona hospitalizada es aplicar medidas de protección y seguridad para evitar caídas, complicaciones y daños no deseados derivadas de la caída. Brindar apoyo a las personas discapacitadas o con problemas de deambulación y de orientación.
4. OBJETIVO	Prevenir y controlar el riesgo de caída con acciones dirigidas a la persona, familia y entorno. Disminuir las tasas de complicaciones intrahospitalarias por esta causa.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	Número de usuarios hospitalizados educados y protegidos sobre riesgos de caída en el establecimiento en el mes.
7. DENOMINADOR	Total, de pacientes hospitalizados en riesgo con medidas de protección.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Número de usuarios educados y protegidos de caídas} \times 100}{\text{Total, de pacientes hospitalizados en riesgo de caídas}}$
9. UMBRAL (estándar)	Mayor al 100 % de pacientes protegidos al mes.
10. FUENTE DE DATOS	Informes y registro de enfermería.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa, análisis documental de las listas de cotejo.
12. MUESTRA	No aplica.
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera gestora y asistencial. Jefe de servicio de enfermería, Supervisora, Jefe de Departamento.

INDICADOR N° 20.1	
1. NOMBRE	CAÍDA DE PERSONA USUARIA
2. TIPO	Resultado
3. JUSTIFICACIÓN	La finalidad del cuidado enfermero es promover la recuperación de la persona hospitalizada y mantener su autonomía aplicando medidas de protección que eviten la discapacidad y otras complicaciones derivadas de la caída. Brindar apoyo a las personas discapacitadas o con problemas de deambulación y de orientación. Evitar caídas de los pacientes.
4. OBJETIVO	Prevenir y controlar el riesgo de caída en acciones dirigidas a la persona, familia y entorno. Disminuir las tasas de complicaciones intrahospitalarias por esta causa.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	Número de usuarios que sufren caídas en el establecimiento en el mes. (Usuarios en riesgo).
7. DENOMINADOR	Total, de egresos con riesgo de caída en el establecimiento en el mes. (total de usuarios en riesgo).
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Número de usuarios que sufren caídas} \times 100}{\text{Total, de egresos en el mes con riesgo de caída.}}$

9. UMBRAL (estándar)	Menor de 1% de los egresos en el mes.
10. FUENTE DE DATOS	Informes y registro de enfermería.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa, análisis documental de los informes de eventos adversos: caídas.
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual.
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera gestora y asistencial. Jefe de servicio de enfermería, supervisora, jefe de departamento.

INDICADOR N° 21	
1. NOMBRE	PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTES POSTRADOS
2. TIPO	Resultado
3. JUSTIFICACIÓN	La severidad del compromiso clínico en la salud del paciente crónico o agudo, adultos mayores y pacientes postrados en los establecimientos de salud, incrementa espacios de presión prolongada sobre las superficies corporales; esta lesión es evitable mediante procesos de cuidado tendientes a disminuir el impacto de los factores de riesgo, que requieren condiciones de trabajo adecuadas y convenientes para responder a los requerimientos de movilización y cuidados de la piel de los pacientes en riesgo, contando, con material e insumos y sobre todo, con la dotación correcta de personal de enfermería.
4. OBJETIVO	Garantizar una estancia hospitalaria libre de complicaciones para el paciente. Disminuir los costos operativos de la atención por causas controlables por cuidado de enfermería.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje.
6. NUMERADOR	N° de pacientes protegidos en riesgo de presentar lesiones por presión que responden a las medidas de protección, en el mes
7. DENOMINADOR	Total, de pacientes postrados en riesgo de presentar lesiones por presión en el servicio, en el mes.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{N° de pacientes protegidos en riesgo de presentar lesiones por presión que responden a las medidas de protección}}{\text{Total, de pacientes postrados en riesgo de presentar lesiones por presión en el servicio, en el mes.}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	Mayor del 98% de los de pacientes en riesgo que responden a las medidas de protección.
10. FUENTE DE DATOS	Registro o formato de monitoreo.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa, análisis documental.
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODO DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera Asistencial, Enfermera Jefe y Enfermera Supervisora



INDICADOR N° 21.1	
1. NOMBRE	LESIONES POR PRESIÓN (LPP)
2. TIPO	Resultado
3. JUSTIFICACIÓN	La severidad del compromiso clínico en la salud del paciente crónico, adultos mayores y pacientes postrados en los establecimientos incrementa espacios de presión prolongada sobre superficies corporales; este daño es evitable mediante procesos de cuidado tendentes a disminuir el impacto de los factores de riesgo.
4. OBJETIVO	-Garantizar una estancia hospitalaria libre de complicaciones al paciente. - Disminuir los costos operativos de la atención por causas controlables
	por cuidado de enfermería.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje.
6. NUMERADOR	N° de pacientes que presenta LPP durante su estancia en el servicio en el mes.
7. DENOMINADOR	Total, de pacientes en riesgo de presentar LPP (dependencia IV y V postrados), en el mes.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{N° de pacientes que presentan LPP durante su estancia en el servicio en el mes}}{\text{Total, de pacientes en riesgo de presentar LPP (dependencia III, IV y V postrados), en el mes.}} \times 100.$
9. UMBRAL (estándar)	Menor del 1% de los egresos con LPP en el establecimiento en el mes o 99% de egresos en riesgo controlados libres de UPP.
10. FUENTE DE DATOS	Registro o formato de monitoreo.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa, análisis documental. Responsables: Responsables: Enfermera Asistencial, Enfermera Jefe y Enfermera Supervisora
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODO DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera Asistencial, Enfermera Jefe y Enfermera Supervisora



INDICADOR N° 22	
1. NOMBRE	PERMEABILIDAD DE LA VÍA ENDOVENOSA PERIFÉRICA
2. TIPO	Proceso resultado
3. JUSTIFICACIÓN	El mantenimiento de una vía endovenosa permeable permite acceder inmediatamente al sistema vascular del paciente; con fines de fluido-terapia, tratamiento antimicrobiano, hidratación o cubrir diversas necesidades vitales para la salud y soporte a la vida del paciente. Mantener su permeabilidad es competencia de la enfermera.
4. OBJETIVO	-Asegurar mayor adherencia en la permeabilidad de las vías endovenosas periféricas ejecutadas por la enfermera. - Prevenir y controlar las tasas de extravasaciones y de punción múltiple.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Número de pacientes con tratamiento por vía endovenosa periférica permeable en el mes.
7. DENOMINADOR	Total de pacientes con vía endovenosa en el servicio en el mes
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de vía endovenosa periférica permeable en el mes}}{\text{Total, de pacientes con vía endovenosa en el servicio por mes.}} \times 100$
9. UMBRAL	95% del Total de vías endovenosas instaladas.
10. FUENTE DE DATOS	Registro de monitoreo por servicio.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa y análisis documental.
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Diario
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera supervisora Jefa de servicio. Enfermera asistencial/ especializada.

INDICADOR N° 22.1	
1. NOMBRE	PRESENCIA DE FLEBITIS EN EL AREA DE VENOPUNCION PERIFÉRICA
2. TIPO	Resultado
3. JUSTIFICACIÓN	El acceso venoso requerido por el paciente es una puerta para potencial contaminación bacteriana que se puede producir por insuficientes medidas de bioseguridad y protección de la zona de inserción, incrementa la estancia hospitalaria del paciente por complicaciones locales y/o sistémicas, controlables en el cuidado de enfermería. (no incluye flebitis química). Debe estudiarse la flebitis causada por acción

4. OBJETIVO	Supervisar y monitorizar la calidad del procedimiento asistencial. Identificar oportunidades de mejora del proceso.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Nº de pacientes que presenta flebitis en el mes.
7. DENOMINADOR	Nº de pacientes con catéter venoso periférico en el mes
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de pacientes que presenta flebitis en el mes}}{\text{Nº de pacientes con catéter venoso periférico.}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	Menor al 1% de los egresos en el establecimiento en el mes.
10. FUENTE DE DATOS	Registro de usuarios con catéter venoso periférico.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación y análisis documental de la lista de chequeo. Monitoreo de proceso de venopunción periférica.
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera jefa de servicio, supervisora, enfermera asistencial.

INDICADOR N° 23	
1. NOMBRE	CATÉTER VESICAL IMPLANTADO SIN COMPLICACIONES
2. TIPO	Proceso resultado
3. JUSTIFICACIÓN	Vigilancia del catéter vesical implantado permeable y libre de infección, demanda cuidado competente para mantener las medidas de bioseguridad, asegurar un adecuado drenaje vesical, evitar retención de orina e infección. Enfermería es responsable de aplicar las medidas de cuidado de manera eficaz, continua y segura al paciente.
4. OBJETIVO	- Garantizar cuidados seguros del catéter vesical. - Evitar complicaciones para el usuario por obstrucción del catéter.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Número de pacientes con el catéter vesical implantado permeable.
7. DENOMINADOR	Total, de pacientes con catéter vesical implantado.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Número de pacientes con el catéter vesical implantado sin complicaciones}}{\text{Total, de pacientes con catéter vesical implantado}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	95% de los pacientes mantienen la sonda vesical sin complicaciones.
10. FUENTE DE DATOS	Registro de monitoreo de enfermería.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa y análisis documental.
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODO DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera Supervisora, Jefa de servicio y enfermera asistencial.

INDICADOR N° 23.1	
1. NOMBRE	CATÉTER VESICAL IMPLANTADO CON COMPLICACIONES
2. TIPO	Proceso resultado
3. JUSTIFICACIÓN	Contar con catéter vesical implantado permeable y libre de infección, demanda cuidado competente para mantener las medidas de bioseguridad, asegurar un adecuado drenaje vesical, evitar retención de orina e infección. Enfermería es responsable de aplicar las medidas de cuidado de manera eficaz, continua y segura al paciente.
4. OBJETIVO	- Garantizar cuidados seguros del catéter vesical. - Evitar complicaciones para el usuario por obstrucción del catéter. - Evitar problemas legales para la Enfermera.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual

6. NUMERADOR	Número de pacientes que presentan complicaciones por el catéter vesical implantado.
7. DENOMINADOR	Total de pacientes con catéter vesical implantado.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Número de pacientes que presentan complicaciones por el catéter vesical implantado}}{\text{Total, de pacientes con catéter vesical implantado}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	95% de los pacientes mantienen la sonda vesical sin complicaciones.
10. FUENTE DE DATOS	Registro de monitoreo de Enfermería.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa y análisis documental.
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera supervisora, jefa de servicio y enfermera asistencial.

INDICADOR N° 24	
1. NOMBRE	CIRUGÍAS ELECTIVAS PROGRAMADAS EJECUTADAS
2. TIPO	Proceso resultado
3. JUSTIFICACIÓN	Las cirugías electivas son intervenciones quirúrgicas que se planifican de manera organizada con antelación y no son urgentes ni de emergencia, permitiendo a los pacientes y al equipo quirúrgico prepararse adecuadamente. Estas cirugías se programan de acuerdo a la evaluación del paciente, que generalmente adolece de enfermedades crónicas o afecciones que afectan su bienestar.
4. OBJETIVO	- Mejorar la calidad de vida. -Reducir síntomas de malestar. - Cumplir con la programación de intervenciones quirúrgicas. Evitar alteraciones y dilaciones de las operaciones.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual.
6. NUMERADOR	Número de pacientes programados para intervención quirúrgica en el mes.
7. DENOMINADOR	Total, de pacientes programados en el mes.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de pacientes programados para intervención quirúrgica}}{\text{Total, de pacientes programados en el mes}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	95% de los pacientes programados para intervención quirúrgica.
10. FUENTE DE DATOS	Informe diario de enfermería.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa y análisis documental.
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera Supervisora, Jefa de servicio y enfermera asistencial

INDICADOR N° 24.1	
1. NOMBRE	SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS ELECTIVAS PROGRAMADAS POR CAUSAS ATRIBUIBLES A ENFERMERÍA
2. TIPO	Resultado
3. JUSTIFICACIÓN	El tratamiento quirúrgico representa la suma de expectativas físicas y emocionales para el paciente asimismo inversión de recursos humanos y materiales de costo considerable para el sistema de salud. La enfermera tiene competencia y responsabilidad en el aseguramiento de las condiciones que permitan al paciente cumplir con la cirugía programada, evitando: preparación inadecuada del paciente, documentación incompleta, ausencia de registro sobre los cambios en el estado de salud del paciente, falta de disponibilidad de recursos logísticos necesarios, problemas de identificación del paciente.
4. OBJETIVOS	-Garantizar condiciones del usuario para el cumplimiento del programa quirúrgico. – Disminuir los días de estancia hospitalaria. -Incrementar la satisfacción del usuario.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6. NUMERADOR	Número de intervenciones quirúrgicas electivas programadas suspendidas por causas atribuibles a enfermería.
7. DENOMINADOR	Número de operaciones electivas programadas
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de Int. Qx. electivas programadas suspendidas}}{\text{Nº de operaciones electivas programadas}} \times 100$
9. UMBRAL	Menos del 1% de operaciones electivas programadas suspendidas, 99% de operaciones electivas programadas y ejecutadas.
10. FUENTE DE DATOS	Registro de intervenciones quirúrgicas realizadas y suspendidas.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Análisis documental y observación.
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Diaria, días hábiles
14. RESPONSABLE	Enfermera supervisora, enfermera jefa del servicio.



INDICADOR N° 25	
1. NOMBRE	PERMEABILIDAD Y FIJACIÓN DEL TUBO ORO TRAQUEAL
2. TIPO	Proceso resultado
3. JUSTIFICACIÓN	Contar con una vía aérea permeable instalando un tubo endotraqueal, demanda cuidado competente para mantener adecuada provisión de oxígeno a nivel tisular y evitar la hipoxia. Enfermería es responsable de aplicar las medidas de cuidado para mantener la fijación del tubo, de manera eficaz, continua y segura en el paciente crítico.
4. OBJETIVO	- Garantizar cuidados seguros de la vía aérea y oxigenación del paciente. - Evitar complicaciones para el usuario por obstrucción del tubo o por aspiración de secreciones. - Evitar problemas legales para la enfermera.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Número de pacientes con tubo endotraqueal permeable y fijo.
7. DENOMINADOR	Total, de pacientes con tubo endotraqueal en el mes.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de pacientes con tubo endotraqueal permeable y fijo}}{\text{Total, de pacientes con tubo endotraqueal en el mes.}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	95% de los pacientes mantienen el tubo endotraqueal fijo y permeable.
10. FUENTE DE DATOS	Registro de monitoreo de enfermería.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa y análisis documental.
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera Supervisora, jefa de servicio y enfermera asistencial

INDICADOR N° 25.1	
1. NOMBRE	EXTUBACIÓN ACCIDENTAL
2. TIPO	Proceso resultado
3. JUSTIFICACIÓN	El manejo seguro de la vía aérea en pacientes intubados, es un indicador del cuidado competente especializado; mantener la posición correcta del tubo endotraqueal asegura una adecuada oxigenación para superar riesgos y complicaciones en el cuidado crítico.
4. OBJETIVO	- Garantizar la presencia efectiva del Tubo endotraqueal del paciente. - Mantener permeable la vía aérea y la oxigenación del paciente - Evitar complicaciones severas que eleven el riesgo de vida.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Número de extubaciones en pacientes en estado crítico en el mes
7. DENOMINADOR	Número de pacientes con tubo endotraqueal en el mes.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de extubaciones en pacientes en estado crítico en el mes}}{\text{Número de pacientes con tubo endotraqueal en el mes.}} \times 100$

9. UMBRAL (estándar)	Menos del 0,5% de los egresos con intubación.
10. FUENTE DE DATOS	Registro de enfermería.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa y análisis documental.
12. MUESTRA	No aplica
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera Supervisora, Jefa de servicio y Enfermera asistencial

INDICADOR N° 26	
1. NOMBRE	IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIÉN NACIDO
2. TIPO	Proceso resultado (impacto)
3. JUSTIFICACIÓN	El cuidado de enfermería consiste en promover la vida y la salud de las personas desde el nacimiento, en este caso la persona que presenta signos de alarma como: dificultad respiratoria, coloración anormal de la piel; palidez extrema, cianosis, ictericia; dificultad para alimentarse; Temperatura elevada; letargo o somnolencia; convulsiones; deshidratación, alteraciones del ritmo cardíaco; exige a las enfermeras permanente observación, sensibilidad y respuesta inmediata para evitar complicaciones y mayores riesgos para el bienestar del neonato.
4. OBJETIVO	Identificar: Dificultad respiratoria. Depresión del tono muscular. Alteración del estado de alerta. Alteración del ritmo cardíaco. Alteración de la perfusión. Crisis convulsiva. Identificar oportunidades de mejoramiento en el proceso de humanización del cuidado.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Número de recién nacidos con identificación oportuna de signos de alarma
7. DENOMINADOR	Total, de pacientes en el servicio en el periodo.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de recién nacidos con identificación oportuna de signos de alarma}}{\text{Total de recién nacidos en el servicio en el periodo}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	Mayor del 90%.
10. FUENTE DE DATOS	Registros de enfermería.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación de registros en Historia clínica. Registro de Informes de la Enfermera Jefe.
12. MUESTRA	Calculada con el 95% de confianza y probabilidad de acierto del 50% (Fórmula estadística).
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera supervisora, jefa de servicio.

INDICADOR N° 27	
1. NOMBRE	IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE SIGNOS CLÍNICOS SUGESTIVOS DE ASFIXIA
2. TIPO	Proceso resultado (impacto)
3. JUSTIFICACIÓN	El cuidado de enfermería consiste en promover la vida y la salud de las personas desde el nacimiento, en este caso la persona que presenta diversas condiciones, que exige a las enfermeras permanente observación, reflexión y sensibilidad, respeto a los valores y normas que orientan la oferta de intervenciones para lograr bienestar en las personas el bien interno de la profesión. La oxigenación a través de vías aéreas permeables es indispensable para la salud y la vida.
4. OBJETIVO	Identificar: dificultad respiratoria, depresión del tono muscular, alteración del estado de alerta, alteración del ritmo cardíaco, alteración de la perfusión, crisis convulsiva. Identificar oportunidades de mejoramiento en el proceso de humanización del cuidado.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Número de pacientes con identificación oportuna de signos clínicos sugestivos de asfixia.
7. DENOMINADOR	Total de pacientes en el servicio en el periodo.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº de casos de identificación oportuna de signos de asfixia en 3 meses}}{\text{Total de pacientes en el servicio en el periodo}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	Mayor del 90%.
10. FUENTE DE DATOS	Registro del monitoreo de calidad percibida.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Encuesta
12. MUESTRA	Calculada con el 95% de confianza y probabilidad de acierto del 50% (Fórmula estadística).
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera supervisora, jefa de servicio.



INDICADOR N° 28	
1. NOMBRE	SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA
2. TIPO	Resultado (impacto)
3. JUSTIFICACIÓN	La calidad del cuidado de enfermería consiste en promover la vida y la salud de las personas desde diversas condiciones, exige a las enfermeras permanente reflexión y sensibilidad, respeto a los valores y normas que orientan la oferta de intervenciones para lograr bienestar en las personas el bien interno de la profesión. Comprende la aplicación del pensamiento y acciones planificadas que abarcan las dimensiones: científica, técnica, interpersonal, intercultural, soporte psicosocial y espiritual, en interacción con el equipo de salud; de manera tal que el usuario perciba el accionar terapéutico y se sienta satisfecho.
4. OBJETIVO	Identificar el nivel de percepción de la calidad por el usuario. Identificar oportunidades de mejoramiento en el proceso de humanización del cuidado.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Número de pacientes satisfechos que perciben calidad en el cuidado en el periodo.
7. DENOMINADOR	Total, de pacientes en el servicio en el periodo.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{N° de pac. Satisfechos con la calidad en el cuidado en el periodo}}{\text{Total de pacientes en el servicio en el periodo}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	Mayor del 80%.
10. FUENTE DE DATOS	Registro del monitoreo de calidad percibida.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Encuesta.
12. MUESTRA	Calculada con el 95% de confianza y probabilidad de acierto del 50% (Fórmula estadística).
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral.
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera Supervisora, Jefa de servicio.

INDICADOR N° 29	
1. NOMBRE	UTILIZACIÓN DE VENTILADORES EN UCI
2. TIPO	Proceso
3. JUSTIFICACION	Mide el grado de uso del ventilador mecánico en los pacientes en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que requieren un cuidado especial de Enfermería que garantice su seguridad.

4. OBJETIVO	- Medir el grado de uso del ventilador mecánico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). -Fortalecer las estrategias metodológicas del cuidado profesional.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	N° de días de uso de ventilador mecánico en UCI.
7. DENOMINADOR	N° de días paciente en UCI.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{N° de días ventilador mecánico en UCI por mes}}{\text{Número de días paciente en UCI por mes}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	El 100% de pacientes hospitalizados con ventilador mecánico en UCI.
10. FUENTE DE DATOS	Servicio de enfermería en UCI, reporte de UCI, censo diario de enfermeras, historia clínica
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación, análisis documental.
12. MUESTRA	No aplica/corresponde a todo paciente con ventilación mecánica en UCI.
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Jefa de servicio y enfermera supervisora.

INDICADOR N° 30	
1. NOMBRE	EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN PRE ALTA DEL PACIENTE
2. TIPO	Resultado
3. JUSTIFICACIÓN	La persona usuaria antes de retomar a su medio hogareño y laboral experimenta dudas y temores respecto al autocuidado a seguir para el mantenimiento de su salud, ameritando conocimiento y metodología para ser guiado con eficacia en la conducta a seguir; por tal motivo la enfermera ejecuta un conjunto de actividades de comunicación, educación y orientación antes del egreso del paciente de la unidad de hospitalización; comprende la educación sobre las medidas de cuidado a seguir: actividad, descanso, régimen terapéutico a seguir, importancia del control periódico de su salud e identificación de signos/síntomas de alarma que indican necesidad urgente de consulta en el establecimiento de salud y aclaración de dudas.
4. OBJETIVO	Potenciar la capacidad de autocuidado de la persona usuaria que retorna al hogar y al trabajo. Disminuir la tasa de reingresos a hospitalización por causas evitables.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Número total de usuarios que firman formulario de educación pre alta.
7. DENOMINADOR	Número total de pacientes de alta por servicio.
8. FÓRMULA	$\frac{\text{Nº total de usuarios que firman formulario de educación pre alta}}{\text{Total, de pacientes de alta por servicio}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	El 100% de pacientes de alta.
10. FUENTE DE DATOS	Registro de monitoreo de educación pre alta de enfermería.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación, entrevista al usuario, monitoreo de lista de cotejo que usa la enfermera que educa e informa antes del alta.
12. MUESTRA	Proporcional al número de usuarios de alta en cada servicio. 100% de usuarios.
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera Supervisora y enfermera Jefe de servicio

INDICADOR N° 31	
1. NOMBRE	MONITORO DE LAVADO DE MANOS HOSPITALARIO
2. TIPO	Proceso - resultado
3. JUSTIFICACIÓN	Todo el personal de la salud que participa directamente en la atención de un paciente debe mantener una higiene prolija de manos y saber cómo hacerlo correctamente y en el momento adecuado. El procedimiento dura entre 40 a 60 segundos, utilizando las técnicas

	correspondientes determinadas en la Resolución N° 255-2016/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud. Considerando: la Antisepsia de manos, lavado de manos con jabón líquido o en espuma, desinfección con soluciones de base alcohólica. Indispensable contar con lavamanos, suministro seguro y continuo de agua que fluya y papel toalla.
4. OBJETIVO	Contribuir a mejorar la calidad y la seguridad en la atención y cuidado al usuario hospitalizado y ambulatorio. Disminuir la tasa de infecciones intrahospitalarias asociadas a la atención de la salud.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual
6. NUMERADOR	Número total de personal monitoreado que cumple con la técnica correcta de lavado de manos.
7. DENOMINADOR	Número total de personal de enfermería monitoreado por servicio.
8. FÓRMULAS	$\frac{\text{Nº total de personal monitoreado que cumple con la técnica correcta de lavado de manos}}{\text{Total, de personal de enfermería monitoreado por servicio}} \times 100$ $\frac{\text{Nº total de personal monitoreado que incumple con la técnica correcta de lavado de manos}}{\text{Total de personal de enfermería monitoreado por servicio}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	El 100% de personal cumple con la técnica correcta de lavado de manos.
10. FUENTE DE DATOS	Registro de monitoreo de lavado de manos.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación, monitoreo con lista de cotejo
12. MUESTRA	Proporcional al número de personal de cada servicio, en cada turno. 100% de usuarios.
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera supervisora y enfermera jefe de servicio



INDICADOR N° 32	
1. NOMBRE	CONSEJERÍA PARA LA LACTANCIA MATERNA
2. TIPO	Proceso - resultado
3. JUSTIFICACIÓN	Las Enfermeras, tiene como responsabilidad el cuidado integral inmediato y mediato del recién nacido y del lactante desde el egreso del claustro materno hasta los 2 años de edad. En esta etapa la madre requiere de un proceso educativo, orientador para la práctica saludable de la lactancia materna, que reviste una serie de aspectos de importancia al considerarse como un acto natural que requiere un comportamiento aprendido para proporcionar al RN y al lactante el alimento natural e ideal para su crecimiento y desarrollo, considerando las cinco etapas: Inicio de la consejería; búsqueda de los factores causales de riesgo; reforzar la confianza y dar apoyo; registro; cierre y seguimiento.
4. OBJETIVO	Fortalecer la lactancia materna exclusiva, estimular el apego madre- hijo y contribuir a mejorar la calidad y la seguridad del cuidado integral al recién nacido dentro y fuera de los establecimientos de salud. Disminuir la tasa de anemia y desnutrición.
5. TIPO DE MEDIDA	Porcentual.
6. NUMERADOR	Número total de madres que han recibido consejería en lactancia materna.
7. DENOMINADOR	Número total de madres hospitalizadas.
8. FÓRMULAS	$\frac{\text{Nº total de madres que han recibido consejería en lactancia materna}}{\text{Total, de madres hospitalizadas}} \times 100$ $\frac{\text{Número total de madres satisfechas con la consejería en Lactancia Materna}}{\text{Nº total de madres que han recibido consejería en lactancia materna}} \times 100$
9. UMBRAL (estándar)	El 100% de madres han recibido consejería en lactancia materna.
10. FUENTE DE DATOS	Registro de madres que han recibido consejería.
11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación de documentos, monitoreo con lista de cotejo,
12. MUESTRA	Proporcional al número de madres de cada servicio 100%.
13. PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
14. UNIDAD RESPONSABLE	Enfermera supervisora y enfermera jefe de servicio

RIT 1.2.1 PACIENTES CON TUBERCULOSIS TRATADOS CON ÉXITO

Código y título del indicador

Nombre del indicador: Número acumulado de pacientes con tuberculosis confirmada bacteriológicamente tratados con éxito en programas que han adoptado la estrategia recomendada por la OMS desde 1995.

Definición del indicador: El indicador mide la suma obtenida a partir de la contribución de cada país de la Región sobre el número de pacientes con tuberculosis confirmada bacteriológicamente tratados con éxito en el programa.

Un caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado es aquel del cual se obtuvo una muestra biológica que dio resultado positivo en una baciloscopia, un cultivo o un medio de diagnóstico rápido aprobado por la OMS (WDR). Por paciente tratado con éxito se entiende un paciente curado o que ha terminado el tratamiento. Un paciente curado es un paciente con tuberculosis pulmonar confirmada bacteriológicamente al comienzo de tratamiento y con baciloscopia o cultivo negativo en el último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior. Un paciente que termina el tratamiento es un paciente con tuberculosis que realizó el tratamiento completo sin indicios de fracaso, pero sin un registro de resultado negativo de una baciloscopia o cultivo en el último mes de tratamiento y, por lo menos, en una ocasión anterior.²¹ Línea de base en el 2013: 1.450.000 pacientes Meta para el 2019: 2.500.000 pacientes.

Propósito del indicador: Muestra el esfuerzo en la vigilancia y la aplicación del tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) y la estrategia Alto a la Tuberculosis en todos los países de la Región en los pacientes con tuberculosis confirmada.

Nota técnica: El indicador se calcula sumando el número de pacientes con tuberculosis confirmada bacteriológicamente que son tratados con éxito en los países cada año. Se utiliza la suma de los casos nuevos tratados con éxito debido a la gran variabilidad en el número de casos notificados y tratados por los diferentes países de la Región y a la relación con la carga de tuberculosis en cada país.

Tipo de indicador: Absoluto

Unidad de medición: Número de pacientes

Frecuencia de medición: Anual, los datos recibidos en mayo corresponden a los datos notificados del año anterior.

Unidad de la OSP responsable del seguimiento: VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CHA/HT)

CAPÍTULO III:

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE ENFERMERÍA A NIVEL NACIONAL



DESCRIPTOR TEMÁTICO

ESTRUCTURA ORGÁNICA DE ENFERMERÍA

En los diferentes niveles de atención que impulse la gestión de todos sus componentes a nivel nacional, regional y local, en sus dimensiones: calidad de la atención y cuidado holístico enfermo a la persona, familia y comunidad; innovación a través de la investigación de los procesos y de la docencia y educación de los usuarios, así como una administración gerencial de alto impacto.

I. INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se fundamenta en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal. A medida que los países se comprometen a lograr la salud para todos, es imperativo considerar cuidadosamente la calidad de la atención y los servicios de salud. La atención sanitaria de calidad se puede definir de muchas maneras, pero hay un creciente reconocimiento de que los servicios de salud de calidad efectiva, segura, centrada en las personas deben ser oportunos, equitativos, integrados y eficientes; asegurando la salud de la población OMS. 1

En ese contexto, la Constitución Política del Perú en su artículo séptimo señala que todos los ciudadanos tenemos derecho a la protección de nuestra salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. 2i

El Sistema Nacional de Salud peruano está formado por el conjunto de servicios de salud administrados por el Estado, considerando las funciones y prestaciones sanitarias, siendo una gran responsabilidad de los poderes públicos; su integración efectiva y garantía de las prestaciones de calidad que aún adolecen de grandes imperfecciones.

La atención primaria ofrece servicios básicos, como son la promoción de la salud y la prevención de riesgos y enfermedades. Esto es llevado a cabo en los centros de salud donde trabaja el equipo básico de salud conformado por enfermeras, médicos y personal de apoyo: técnicos y auxiliares de enfermería y también de otros profesionales. La organización de enfermería ha sido afectada en el orden que tenía en el MINSA, así como en EsSalud, por la falta de reconocimiento de una estructura que corresponda a las necesidades de la población.

La Atención Especializada (AE) es el segundo nivel de asistencia sanitaria, ofrece a la población medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; la estructura sanitaria responsable la constituyen los hospitales y los institutos altamente especializados que otorgan una atención programada, urgente y de emergencia. A través de modelos de prestación de cuidados a cargo de enfermeras especializadas en los diferentes campos. De esta forma se garantiza la continuidad de atención integral al paciente hasta que este pueda seguir siendo atendido en el nivel primario de salud.





Para hacer frente a los requerimientos de salud a nivel nacional, considerando la intervención de la enfermera como la mayor fuerza laboral sanitaria, responsable del cuidado holístico de enfermería y reconocido por Ley como, Proceso de Atención de Enfermería, se precisa establecer una sólida estructura orgánica en el Ministerio de Salud (MINSA), Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA), Policía Nacional del Perú (PNP), Direcciones Regionales de Salud, establecimientos de salud municipales y establecimientos de salud privados, a través de una organización moderna, potenciada, que garantice las acciones de enfermería en el cuidado de la salud de los ciudadanos, conforme se visualizó en la dura batalla contra el COVID 19 y sus variantes.

1 OMS Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

2ii Constitución Política del Perú. Disponible en: <https://lpderecho.pe/constitucion-politica-peru-actualizada/>

En el presente documento se visualizan los antecedentes respecto al direccionamiento de los servicios de enfermería a nivel nacional en MINSA y EsSalud, así como el análisis de la situación de salud actual en el Perú. Ello compromete la actuación decidida de la enfermera en la satisfacción de las necesidades de salud de las personas; desde la concepción, en todas las etapas etarias hasta la muerte además de las familias y comunidades. Necesitamos la intervención desde el nivel central de las instituciones para que se perciba el importante rol de la intervención del personal de enfermería en todos los niveles de atención. Retos y desafíos nacionales en salud, análisis y sustento, propuesta de estructura de enfermería a nivel central en MINSA, EsSalud, FFAA, PNP, Macro regional, Regional, Local según la complejidad de los establecimientos de salud.

II. ANTECEDENTES

El Sistema Nacional de Salud peruano está formado por el conjunto de servicios de salud administrados por el Estado, considerando las funciones y prestaciones sanitarias, siendo una gran responsabilidad de los poderes públicos, su integración efectiva y garantía de las prestaciones con la mejor calidad.

La Atención Primaria de Salud (APS), ofrece servicios básicos, como son la promoción de la salud y la prevención de riesgos y enfermedades. Esto es llevado a cabo en los centros de salud donde trabaja el equipo básico de salud, conformado por enfermeras, médicos y personal técnico y auxiliar de enfermería, con el apoyo de otros profesionales que desarrollan sus actividades en el campo de su competencia.

La Atención Especializada (AE), es el segundo y tercer nivel de asistencia sanitaria, ofrece a la población medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La estructura sanitaria responsable de la atención y cuidado de las personas sanas y enfermas son los hospitales y los institutos altamente especializados que otorgan una atención programada y urgente, a través de modelos de prestación de cuidados en el ámbito hospitalario. De esta forma se garantiza la continuidad de atención integral al paciente, hasta que este pueda seguir siendo atendido en el nivel primario de salud.

Para hacer frente a los requerimientos de salud a nivel nacional, considerando que la intervención de la enfermera es la mayor fuerza laboral sanitaria. Se precisa retomar y modernizar aspectos de la estructura organizativa de Enfermería que se tenía en el MINSA y EsSalud con una organización moderna potenciada que garantice las acciones de enfermería en el cuidado de la salud de los ciudadanos. En el MINSA existía la Dirección de Control de Enfermería, con sus unidades adjuntas en los años 50, 60, 70 y 80, que cumplía un rol fundamental de garantía de la calidad de la formación profesional y de su ejercicio de calidad, términos que en Enfermería siempre fueron utilizados para visualizar la excelencia en la prestación de sus servicios; esta dirección fue anulada por intervención política. Asimismo, existía en el MINSA una Oficina de la Organización Panamericana de Salud (OPS) dirigida por una enfermera, quien le dio un gran impulso a la salud pública y comunitaria y que también fue desactivada por intervención de otros profesionales.

Lo mismo ocurrió en EsSalud la coordinadora general de enfermería fue la Srta. Lilia Domínguez, durante varias décadas, quien laboraba de la mano con los presidentes ejecutivos del antiguo seguro social del empleado y obrero y con las jefes de departamentos de enfermería de los hospitales a nivel de todo el país, con quienes desarrollamos las herramientas de gestión para las enfermeras a nivel nacional: manuales de organización y funciones, manuales de procedimientos, cuadros de asignación de personal, protocolos de procedimientos y tratamientos; guías metodológicas de intervenciones de enfermería, entre otros, cuando ningún profesional tenía normas para la gestión de los servicios, y como bien dijo el Dr. Tamayo, docente de la universidad de San Marcos y Federico Villarreal: “las enfermeras nos llevan veinte años de adelanto en administración y gerencia en los servicios de salud”.

En el año 1987 se trabajó la programación del personal de enfermería a nivel nacional, con la participación de enfermeras expertas en administración y gestión, que conformaron el Comité Ad Hoc; se hizo un convenio con la Escuela de Salud Pública de entonces y se capacitó en administración de los servicios hospitalarios a enfermeras a nivel nacional.

En el año 1995 se fortaleció y descentralizó la capacitación para el personal, con el nombramiento de Mg. Gabriela Samillán, gerente central de capacitación del IPSS, quien descentralizó la capacitación, llevando especialistas de todas las profesiones de salud a los diferentes departamentos, se dio

un gran impulso a la gestión hospitalaria con la asignación de enfermeras de brillante trayectoria, como la Dra. María Roncal Dionicio, Gerente Regional de Abancay, premiada como la mejor gerente del país, la Mg. Lourdes Espinoza fue asignada como Gerente Regional de Ica, reconocida por su gran empeño y logros. La enfermera Mg. Edith Matías como Gerente Central de Bienestar, con la Mg. Ana María Delgado como subgerente de Bienestar, quienes atendieron todas las necesidades de las personas con discapacidades, crearon los primeros clubes para el sano esparcimiento de los Adultos Mayores, entre otros logros; lo cual nunca había sido atendido por los anteriores gerentes. La Mg. Mercedes Arévalo, Mg. Amanda Montoya Benavides (HNGAI) y Ana María Arenas Angulo (HNERM) fueron asignada a la Asesoría de Presidencia Ejecutiva para realizar evaluación de los hospitales nacionales conjuntamente con el Dr. Manuel Castro Baca y tres médicos, obteniendo logros técnico administrativos y gerenciales en todos los Establecimientos de salud evaluados, reconociendo nuestras competencias, nivel de preparación, y compromiso con la Institución.

Al retirarse el presidente ejecutivo quien estuvo en años 90 en la gestión, se perdieron los espacios logrados técnicamente por las enfermeras, luego de haberse desarrollado una intensa capacitación en Dirección Gerencial la Universidad del Pacífico.

En los años 1980 y 1990 el Hospital Edgardo Rebagliati Martins varió la Estructura de Enfermería, fue aprobada la División de Enfermería con cuatro Departamentos: Dpto. de Madre y Niño, Dpto. de Medicina y Especialidades, Dpto. de Cirugía y Especialidades y Dpto. de Servicios Ambulatorios, posteriormente el de Salud Mental.

En los años 2010 el INEN- MINSA logró la Dirección de Enfermería, al ser un Instituto altamente especializado siendo la Dra. Enfermera Melita Cosme, Directora Ejecutiva de Enfermería, cargo que se conserva en la Institución, el cual se asume por meritocracia a través de concurso interno.

En los últimos años los cargos de dirección en las diferentes regiones fueron asignados por confianza, sufriendo consecuencias la conducción y la direccionalidad de enfermería a nivel nacional, al no ser convocadas las enfermeras en los cargo en el nivel central de EsSalud, fomentándose que cada establecimiento de salud tuviera sus propias normas y nunca más se integraron los estamentos de enfermería, ocurriendo el mismo fraccionamiento que en el Sistema Nacional de Salud.



Podemos
niveles de

ción y
por el
nal de

rio de
nocer
nedad,
hacer
cuya
nto de

lación,
fo con

la, con
genere
blicas
arrollo
ano y
tro de



INSTITUCIÓN PROPNETARIA / CATEGORÍA	I-1	I-2	I-3	I-4	E-1	E-2	E-3	D-1	D-2	D-3	S/C	TOTAL	
MHSA	5	158	173	32	2	3	1	10	8	2	5	399	187%
Gobierno Regional	4353	1883	1039	279	95	31	11	9	3	2	61	7766	35.3%
ESSALUD	2	105	98	13	41	18	2	8	2	1	82	373	17%
Sanidad del Ejército del Perú	24	58	9	8	1	-	1	1	-	-	11	113	0.5%
Sanidad de la Fuerza Aérea del Perú	5	11	5	3	-	-	1	1	-	-	2	28	0.1%
Sanidad de la Policía Nacional del Perú	5	30	27	4	1	-	1	1	-	-	15	84	0.4%
Sanidad de la Marina de Guerra del Perú	13	20	4	2	-	-	-	1	-	-	21	81	0.3%
Municipalidad Provincial	-	1	35	-	-	-	1	-	-	-	10	47	0.2%
Municipalidad Distrital	3	11	13	-	-	-	-	-	-	-	11	37	0.2%
INPE	11	23	8	-	-	-	-	-	-	-	7	49	0.2%
Privado	3317	2182	1480	79	105	30	137	4	1	1	5599	12996	58.8%
Otro (Beneficencia, Universidades, ONG, etc.)	18	29	37	3	1	1	2	-	-	-	14	105	0.5%
TOTAL	7755	4514	2928	423	247	81	157	35	14	8	5838	21998	100.0%
	35.2%	20.5%	13.3%	1.9%	1.1%	0.4%	0.7%	0.2%	0.1%	0.03%	26.5%	100%	



NÚMERO DE IPRESS ACTIVAS POR NIVEL, SEGÚN INSTITUCIÓN, 2023

Institución	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Sin categoría 1/	Total	%
Públicas						
MINSa	398	7	20	30	455	1,8%
Gobierno Regional	7 861	137	14	120	8 132	32,9%
EsSalud	317	59	12	16	404	1,6%
Sanidad Fuerza Aérea	26	1	1	1	29	0,1%
Sanidad Marina de Guerra	37	0	1	29	67	0,3%
Sanidad Ejército	137	2	1	3	143	0,6%
Sanidad Policía Nacional	76	3	1	1	81	0,3%
Instituto Nacional Penitenciario (INPE)	54	0	0	3	57	0,2%
Municipalidad Provincial	43	0	0	8	51	0,2%
Municipalidad Distrital	32	1	0	8	41	0,2%
Privadas						
Privado	9 894	314	6	4 924	15 138	61,2%
Otro	94	3	1	33	131	0,5%
Total	18 969	527	57	5 176	24 729	100,0%
%	76,7%	2,1%	0,2%	20,9%	100,0%	

Fuente MINSa

Actualizando datos al 2023, las instituciones que brindan servicios de salud a la población, en los diferentes niveles de atención, totalizan 24,729 Instituciones Prestadoras de Servicios de salud.

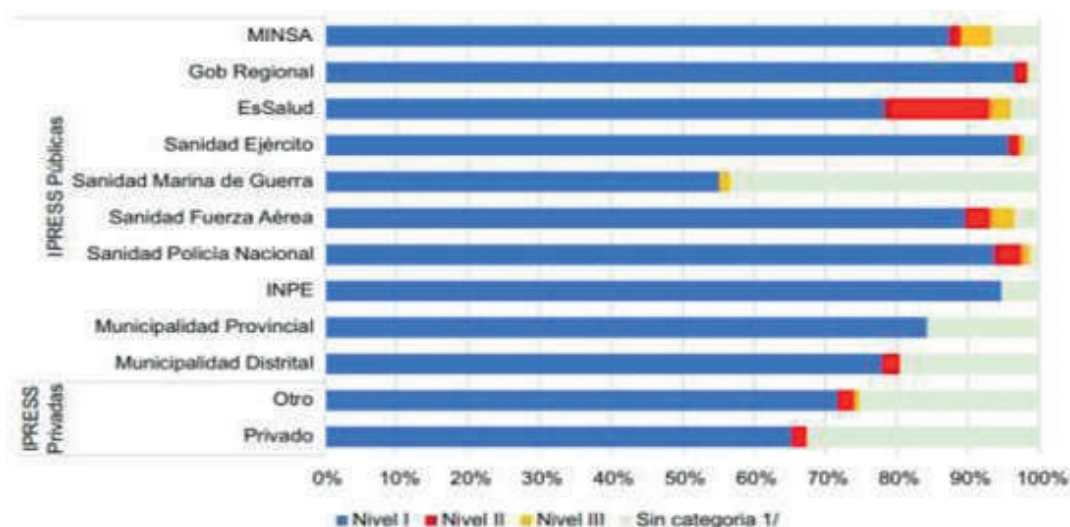
CONDICIONES ECONÓMICAS DE POBREZA EXTREMA

Quintil de ingresos	Falta de dinero	Queda lejos/Falta de confianza/ Demoran	Remedios caseros o automedicación	No fue necesario	Otras
I (más pobre)	30,6	29,1	24,0	16,0	16,8
II	29,5	22,9	20,4	18,6	18,5
III	21,4	18,8	19,0	21,4	20,2
IV	13,2	17,4	18,3	22,4	21,4
V (más rico)	5,3	11,9	18,3	21,6	23,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

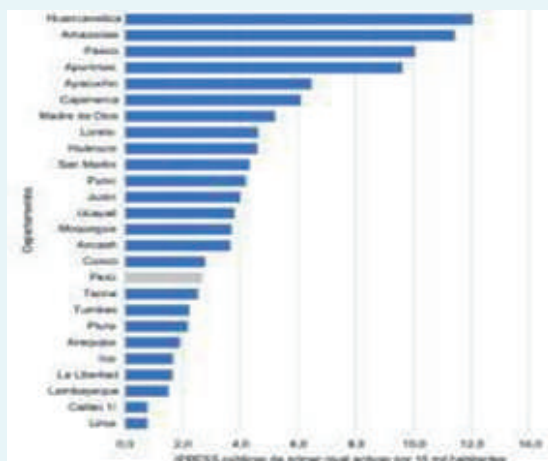
Fuente: Cetrángolo O y col. El Sistema de Salud del Perú.

Preocupante situación por la que atraviesan nuestros pobladores cuyas condiciones económicas de pobreza extrema, les impide asistir a la consulta para mejorar su estado de salud, lo cual indica la necesidad de contar con un contingente de enfermeras que visiten los domicilios de la población.

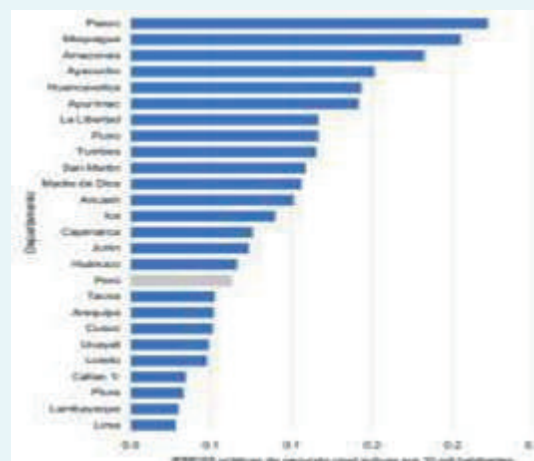
DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE IPRESS ACTIVAS SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN E INSTITUCIÓN, 2023



IPRESS I NIVEL DE ATENCIÓN

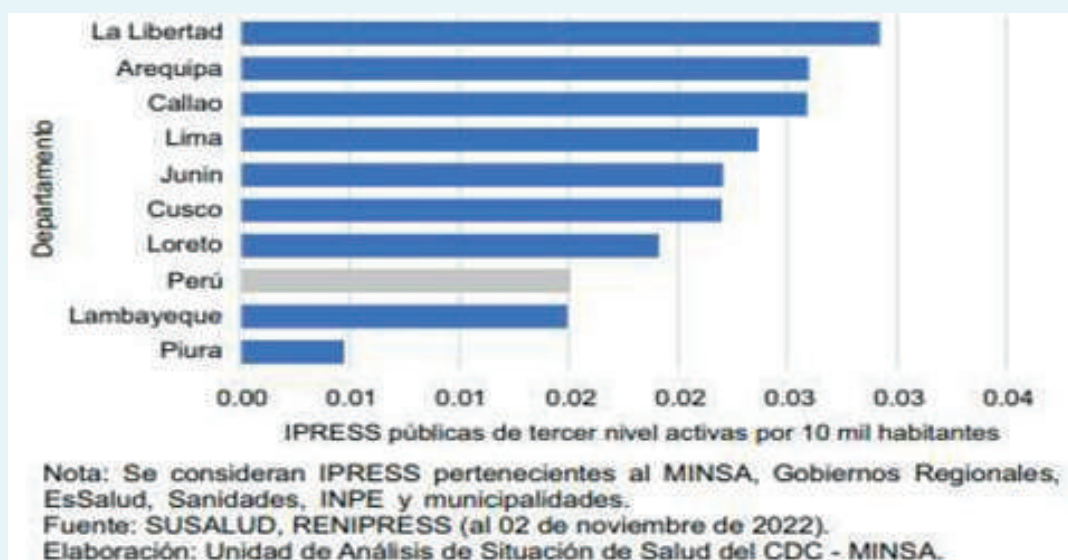


IPRESS II NIVEL DE ATENCIÓN



1/ Provincia constitucional del Callao. Nota: Se consideran **IPRESS pertenecientes al MINSA, gobiernos regionales, EsSalud, Sanidades, INPE y municipalidades**. Fuente: SUSALUD, RENIPRESS (al 02 de noviembre de 2022). Elaboración: Unidad de Análisis de Situación de Salud del CDC - MINSA.

IPRESS EL III NIVEL DE ATENCIÓN



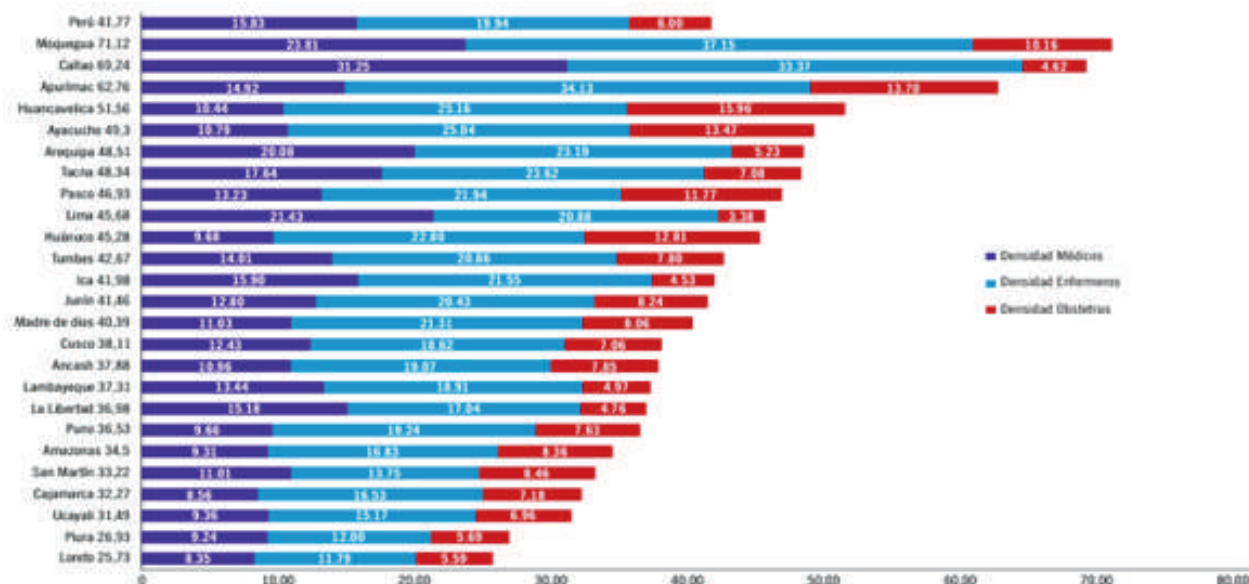
TOTALDE CAMAS HOSPITALARIAS EN EL PERÚ

Año	Ministerio Salud y Gobiernos Regionales	EsSalud	Demás instituciones públicas y privadas	Total Camas Hospitalarias	Camas x 10 000 hab.
2003	23 889	6 646	11 289	41 824	15,5
2004	23 889	6 646	11 267	41 802	15,2
2005	24 055	6 646	11 458	42 159	15,1
2006	24 171	6 766	11 676	42 613	15,6
2007	25 389	7 068	11 738	44 195	16,0
2008	25 337	6 983	12 135	44 455	16,0
2009	25 607	7 036	11 975	44 618	15,3
2010	25 580	7 239	12 107	44 926	15,2
2011	25 969	7 607	12 006	45 582	15,3
2012	26 145	7 607	12 170	45 922	15,2
2013	26 700	7 611	12 263	46 574	15,3
2014	27 970	8 116	12 197	48 283	15,7
2015	28 012	8 398	13 072	49 482	15,9
2016	28 254	8 862	13 454	50 570	16,1
2017	27 619	9 652	13 391	50 662	15,9
2018	28 493	9 640	13 195	51 328	16,0
2019	29 141	9 083	13 557	51 781	15,9

Fuente: Ministerio de Salud - Oficina General de Tecnologías de la Información. Base de datos de establecimientos de salud.
Elaboración: Unidad de Análisis de Situación de Salud del CDC - MINSA.

Gráfico N° 01:

PERÚ: DENSIDAD DE RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2022.



Densidad de RHUS = $\left(\frac{\text{Médicos} + \text{Enfermeros} + \text{Obstetras}}{\text{Población}} \right) \times 10,000 \text{ Habitantes}$

Cuadro N° 01:

PERÚ: RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD POR INSTITUCIÓN, SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL Y CARGO, 2022.

Grupo Ocupacional / Cargo	Año										
	2022										
	Sector										
	Total	%	MINSU y Gub. Regionales	ESSALUD	PNP	FFAA	SISOL	INPE	Ministerio de Educación	Ministerio de Salud	Sector Privado
Perú	387 841	100	271 923	75 865	5 294	9 466	1 079	760	3 558	158	19 775
Profesionales Asistenciales	384 178	47	126 944	43 287	2 211	3 988	77	343	1 569	157	5 584
Médicos	55 190	14	33 543	36 397	722	1 229	22	84	626	20	1 564
Enfermeros	69 515	18	47 428	18 366	749	1 436	42	303	22	5	1 564
Obstetras	28 900	5	18 811	1 691	130	83	3	18	5	0	158
Odontólogos	7 070	2	5 251	824	148	350	1	36	54	8	398
Biólogos	4 002	1	3 517	221	39	24	0	6	100	0	95
Ingeniero Sanitario	185	0	184	1	0	0	0	0	0	0	0
Nutricionista	3 068	1	2 209	711	27	37	2	11	0	1	70
Psicólogos	6 837	2	5 063	539	134	291	1	31	612	78	58
Químico Farmacéutico	5 129	1	3 769	962	109	135	1	5	76	0	102
Químico	106	0	91	8	1	1	0	0	0	0	5
Tecnólogo Médico	8 560	2	4 306	3 274	144	245	4	1	74	3	509
Médico Veterinario	419	0	353	1	0	65	0	0	0	0	0
Trabajadora Social	2 003	1	1 922	461	7	130	1	48	0	42	12
Técnicos Especializados	351	0	284	67	0	0	0	0	0	0	0
Profesionales de la salud no especificados	235	0	83	84	0	2	0	0	0	0	66
Profesionales Administrativos	26 083	7	13 994	4 888	281	1 285	344	1	685	0	4 555
Técnicos Asistenciales	107 181	28	82 243	34 938	1 198	2 132	174	415	301	1	5 779
Técnicos Administrativos	40 733	11	25 431	10 478	6	1 215	480	0	37	0	3 086
Auxiliares Asistenciales	13 903	4	10 118	1 361	1 556	781	0	1	0	0	166
Auxiliares Administrativos	15 821	4	13 293	803	4	145	4	0	967	0	605

Fuente:
Base de Datos Nacional de Recursos Humanos del MINSU y Gub. Regionales 2022.
Información recibida por ESSALUD 2022.
Información recibida por la Secretaría de la PNP 2022.
Información recibida por la Fiscalía de la Ministerio de Justicia del Perú 2022.

RHUS PROFESIONALES 2013 - 2022

Gráfico N° 03:

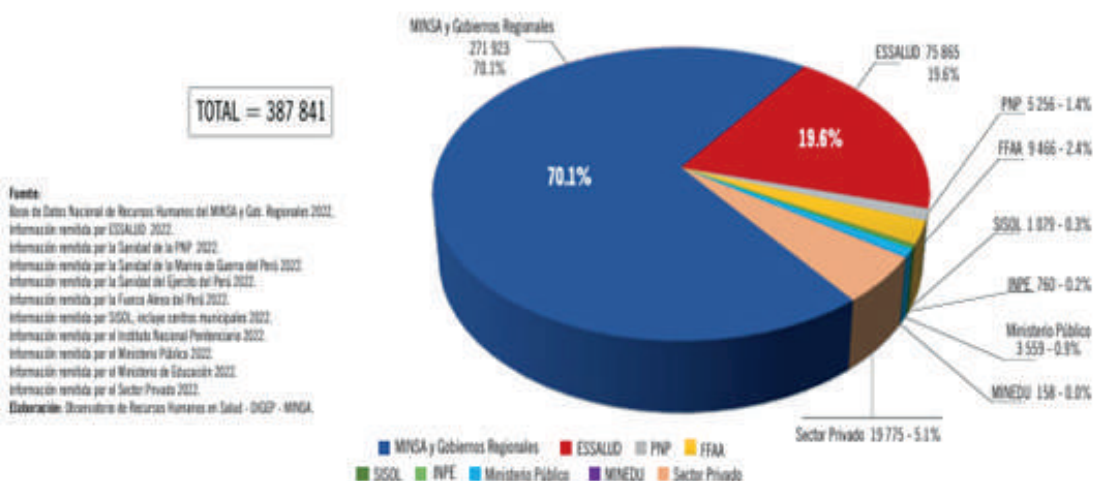
PERÚ: EVOLUCIÓN CUANTITATIVA DE PROFESIONALES EN EL SECTOR SALUD, 2013 - 2022.



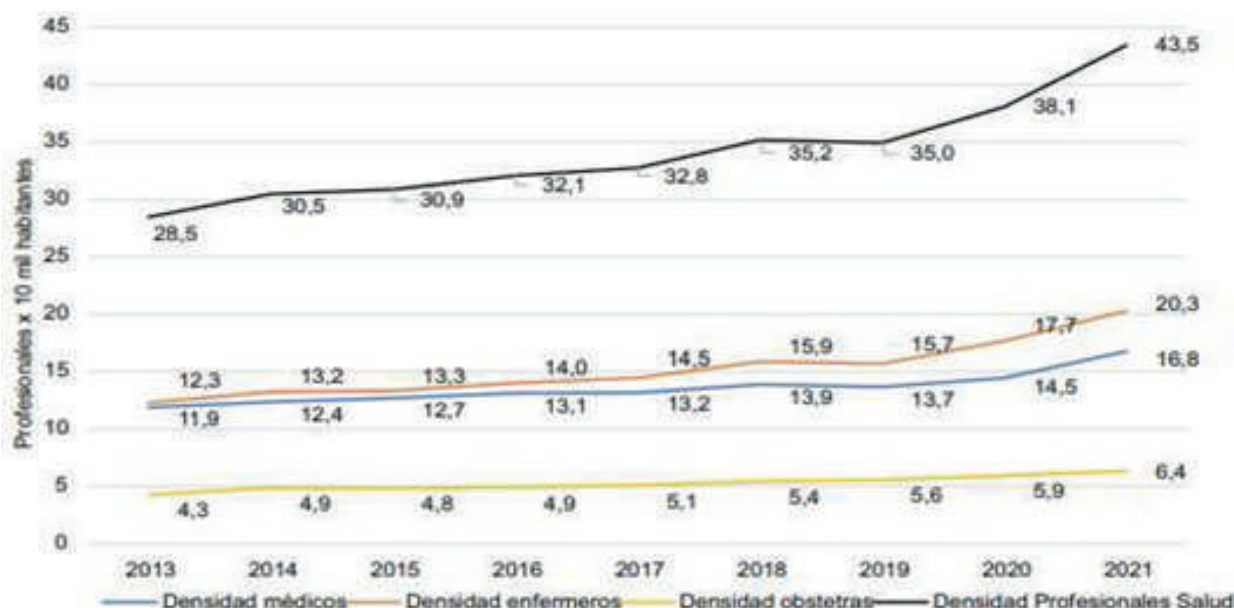
RHUS DEL SECTOR SALUD EN INSTITUCIONES

Gráfico N° 04:

PERÚ: RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD SEGÚN INSTITUCIÓN, 2022.



EVOLUCIÓN DE LA DENSIDAD DE PROFESIONALES DE SALUD, 2013 - 2021



Fuente: Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú 2021

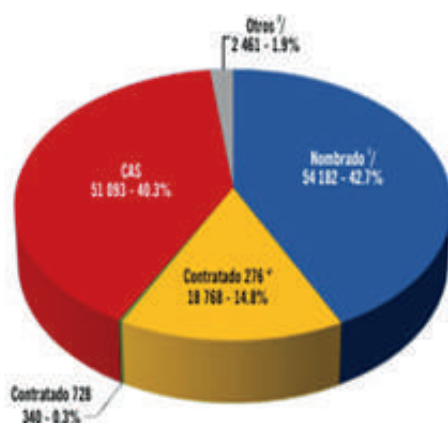
Elaboración: Unidad de Análisis de Situación de Salud del CDC - MINSA.

El aumento en la densidad poblacional de profesionales de la salud durante los años 2020 y 2021, fue el resultado de las medidas de emergencia adoptadas para enfrentar la pandemia de COVID-19. Así, entre abril y agosto de 2020 la DPS aumentó de 37,6 a 39,6 por 10 mil habitantes, sobre todo por la modalidad temporal de Contratación Administrativa de Servicios (CAS), que pasó de 7,9 a 13,0 por 10 mil habitantes, mientras que la densidad de profesionales estables (Régimen 276) disminuyó de 26,3 a 24,0 por 10 mil habitantes. Esto último ocurrió porque fueron enviados a aislamiento domiciliario aquellos con condiciones de riesgo para COVID-19, incluida la presencia de comorbilidades o por ser adulto mayor. Esto ya varió en la actualidad porque no fueron contratadas más enfermeras para cubrir las brechas de los establecimientos de salud, manteniéndose una brecha muy alta, sin cubrir.

RHUS
PROFESIONALES
CONDICIÓN LABORAL

Gráfico N° 10:

PERÚ: PROFESIONALES DE LA SALUD DEL MINSA Y GOBIERNOS REGIONALES
SEGÚN CONDICIÓN LABORAL, 2022.



TOTAL = 126 844

Nota:

* Incluye Contratados 276 Residentes y SURUMIS

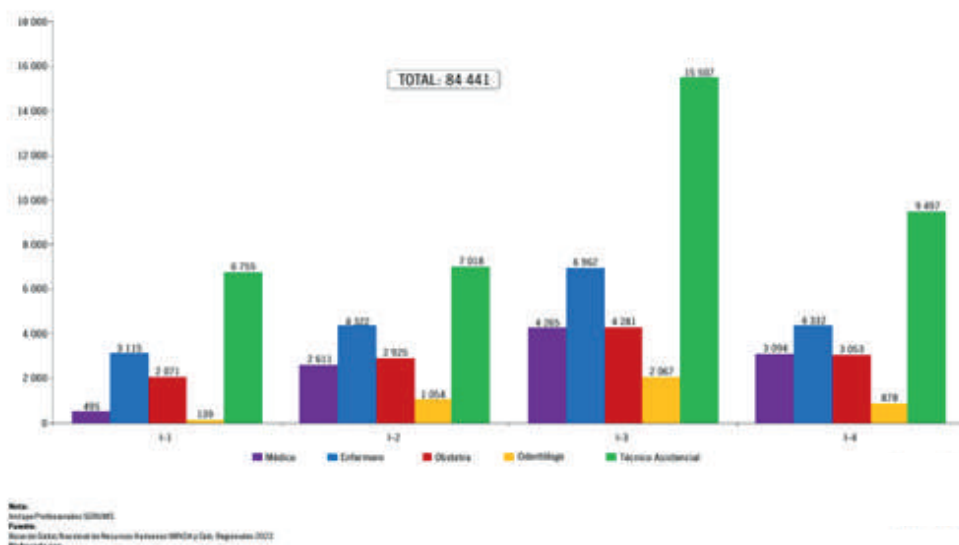
† Incluye Nominados y Docentes

‡ Incluye Servicio de Referencia, Contrato Municipal y otros

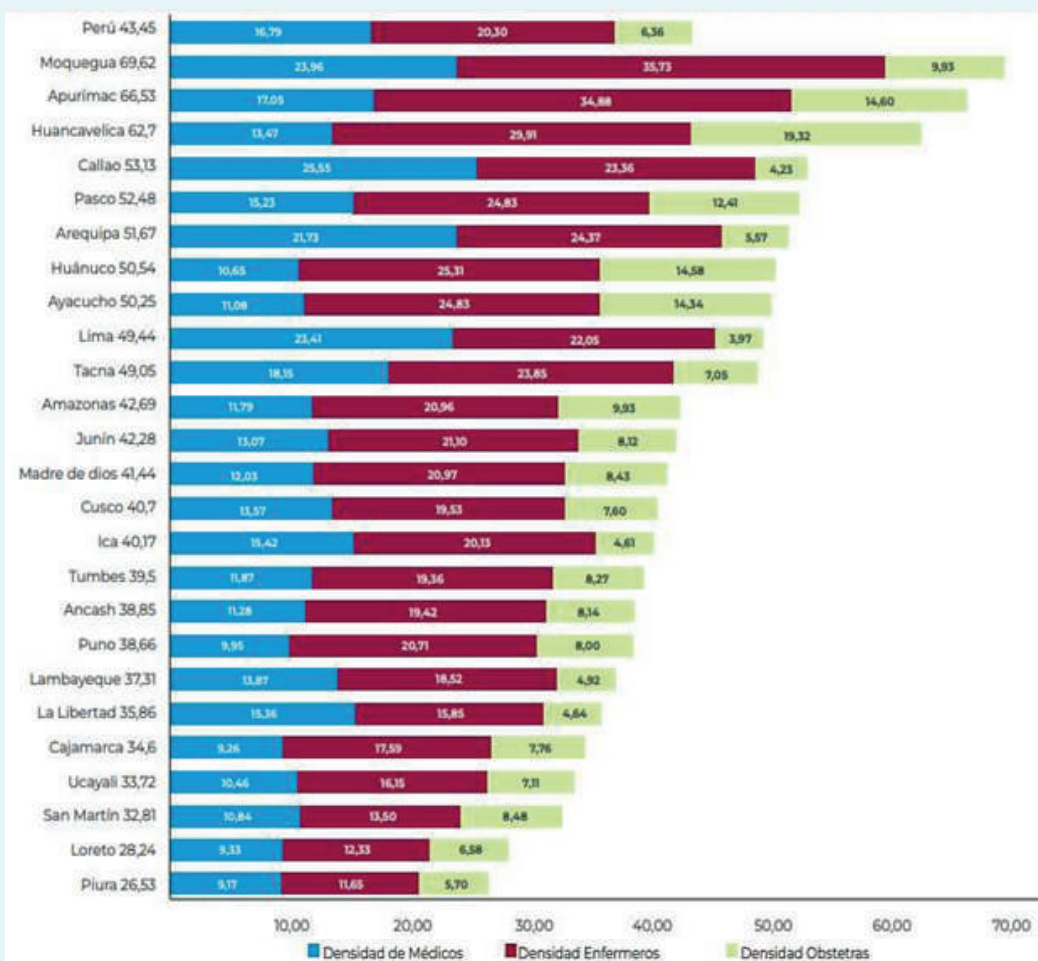
Fuente: Base de Datos Nacional de Recursos Humanos MINSA y Gobi. Regionales 2022

Elaborado por:

Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú - OGRHP - MINSA



EVOLUCIÓN DE LA DENSIDAD DE PROFESIONALES DE SALUD, 2013 - 2021



RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD POR INSTITUCIÓN, SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL Y CARGO

GRUPO OCUPACIONAL / CARGO	Año										
	2021										
	Sector										
	TOTAL	%	MINSA y Gob. Regionales	ESSALUD	PNP	FFAA	SISOL	INPE	Ministerio Público	Ministerio de Educación	Sector Privado
Perú	403 848	100,0	280 073	86 393	4 852	9 161	1 079	670	1 688	157	19 775
Profesionales Asistenciales	186 076	46,08	127 640	45 524	1 919	3 854	77	300	1 021	157	5 584
Médico	55 479	13,74	35 168	15 336	588	1 259	22	52	487	20	2 547
Enfermera	67,076	16,61	47,418	15,930	692	1,333	42	91	1	5	1 564
Obstetra	21 010	5,20	18 666	1 977	116	77	3	13	0	0	158

El número de enfermeras activas según el MINSA nivel nacional al 2022 es de 67,076 para las 50 especialidades existentes, sin embargo, para una sola especialidad existen 21,000 obstétricas que sólo ven a la gestante sin problemas, ni riesgos en su salud, de lo cual se encargan los Médicos cirujanos y los especialistas en ginecología y obstetricia.

La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) de 2022 revela que 7 de cada 10 personas que necesitaron atención médica no la obtuvieron. El 35 % de ellos mencionó demoras como la razón principal, mientras que razones como distancia y falta de seguro solo fueron citadas por el 13%.

IV. RETOS PARA ENFERMERÍA

Todo lo presentado previamente y mucho más, forman parte de la situación real del país, que es la verdadera base y sustento para la dotación técnica del personal de enfermería con una organización estructural que responda a las necesidades de salud de los más de 34 millones de habitantes del Perú al 2024.

Esta realidad afecta la salud de la población y frena el desarrollo social. Es por ello, que los llamados efectuados por la OMS y la OPS a los gobiernos de invertir en enfermería cobra la máxima importancia, así como las afirmaciones de ex -ministros de gran valor, que exigían a los gobiernos la necesidad de contar con “un ejército debidamente especializado de enfermeras(os) para el primer nivel de atención y nos acerque a la anhelada meta “salud para todos”, como expresaban el Dr. David Tejada de Rivero; dos veces Ministro de Salud y el Dr. Alberto Tejada Noriega, ex Ministro de Salud, quienes solicitaban al gobierno el incremento de plazas para enfermeras. De igual manera lo hizo la Sra. Eco. Midori de Habich ex Ministra de Salud quien hizo un esfuerzo por sincerar y mejorar las remuneraciones de todo el personal de salud que se encontraban estáticas por más de 14 años.

La presencia y arduo trabajo en las diferentes regiones del país de las enfermeras(os) sería la solución a un alto número de problemas de salud de la población, considerando la intervención de enfermería.

La justificación de la presencia responsable y organizada de enfermería desde el nivel central del Ministerio de Salud, que garantice un alto compromiso de intervención sostenida. Se fundamenta en el análisis de la situación de la salud en el país, que arrastra una serie de imperfecciones durante décadas.

Hoy queremos apostar por una población empoderada de su autocuidado, una salud que sostenga el desarrollo social de nuestras comunidades, considerando lo siguiente:

V. RETOS Y DESAFÍOS NACIONALES EN SALUD

Mejorar la cobertura universal de salud mediante el aseguramiento universal.

- Solicita el incremento del financiamiento público para el sector.
- Impulsar la reducción de los gastos de bolsillo, en particular en medicamentos.
- Mejorar la dotación y distribución de los recursos humanos en el sector salud, especialmente de enfermeras para todos los niveles de Atención y para todos los establecimientos de salud del país.
- Levantar las barreras, especialmente culturales, en el acceso a los servicios de salud.
- Incrementar el uso eficiente de las tecnologías de información y comunicación para mejorar el acceso a los profesionales, especialmente enfermeras y médicos especialistas.
- Implementar redes de servicios de salud que contrarresten el fraccionamiento y segmentación del sector.
- Mejorar el diseño del gobierno del sector salud y su relación con las regiones.
- Disminuir las desigualdades sociales en salud, especialmente, el analfabetismo en las mujeres, las viviendas inadecuadas y el acceso a agua y saneamiento.
- Fortalecer la atención materno infantil, especialmente con calidad, mejorar la cobertura de vacunación. controlar la anemia y la desnutrición crónica en niños.
- Mejorar la atención a la neumonía y enfermedad diarreica aguda en la comunidad y los servicios de salud.
- Prevenir y controlar las enfermedades transmisibles, especialmente las metaxénicas, las infecciones de transmisión sexual y las zoonosis.
- Prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles, incluidas el cáncer, mediante promoción intensiva de la salud.
- Promover y proteger la salud mental, prevenir los trastornos mentales y uso de sustancias y mejorar el acceso a la atención de calidad.
- Fortalecer la preparación y respuesta de los servicios de salud ante emergencias y desastres en salud.

VI. ANÁLISIS

• 6.1 SUSTENTOS TÉCNICOS Y LEGALES

Para efectos del presente análisis, adquiere especial importancia, lo referente a la gestión del cuidado enfermero, que fuera definido por el CIE Consejo Internacional de Enfermería y la OMS entidades de representación global en salud; como la aplicación del juicio profesional de Enfermería en la identificación de problemas y necesidades de salud, planificación, organización, ejecución, estímulo, motivación y control de la provisión de cuidados de enfermería; oportunos, seguros, integrales; que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en políticas y lineamientos estratégicos de las instituciones. CIE-OMS mod.

La gestión del cuidado científico, basado en habilidades técnicas, es decir, enfoque práctico y especializado en su campo es la misión justa inequívoca y propia de la profesional enfermera(o), lo cual incluye la gestión efectiva de los recursos humanos y materiales; las funciones de administración, docencia, investigación y pedagogía sanitaria; para el fortalecimiento del autocuidado de la persona, de la familia y de la comunidad, así como, brindar solución de manera integral a las necesidades de salud de la población. Mod.Chile

Boletín N° 3849-04 Segundo trámite Constitucional y Primero Reglamentario. Exposición del Jefe de la División de Gestión y Desarrollo de las personas del Minsal, Chile PÁG. 6 Hallado en <http://sil.congreso.cl/pags/Index.html>.

La gestión clínica y quirúrgica se sustenta en dos pilares fundamentales: el acto médico de curar y la gestión de la enfermera de cuidar. Esta gestión del cuidado tiene que estar estructurada desde los niveles más altos de la gestión sanitaria del país, es decir, desde los niveles centrales y los subsectores de salud. Ello incluye al sistema de salud peruano conformado por el Ministerio de Salud (MINSA), Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA), Policía Nacional del Perú (PNP), Direcciones Regionales de Salud, Establecimientos de Salud Municipales y establecimientos de salud privados.

La Ley del trabajo de la Enfermera(o) 27669, faculta a la Enfermera(o) a administrar y gerencia sus actividades conforme a los siguientes artículos e incisos:

Artículo 2°.- Rol de la profesión de la Enfermería, expresa: la enfermera(o), como profesional de la Ciencia de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática; en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud; mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad; considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve; con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población.

Artículo 3°.- La profesión de Enfermería se desarrolla a través de un conjunto de acciones orientadas a la solución de los distintos problemas de naturaleza bio-psico-social del individuo, la familia y la comunidad; desenvolviéndose básicamente en las áreas: asistencial, administrativa, docente y de investigación.

Artículo 7°.- Funciones de la enfermera(o)

- **a)** Brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
- **b)** Ejercer funciones de enfermería, tanto en el sector público como en el sector privado, en los centros de salud y en los diferentes niveles de complejidad hospitalaria.
- **c)** Ejercer consultoría, auditoría, asesoría, consejería y emitir opinión sobre materias propias de Enfermería.
- **d)** Conducir técnica y administrativamente los servicios de enfermería, a través del órgano de línea, en los diferentes niveles orgánicos del sistema de salud; ocupando los respectivos cargos estructurales. Desarrollar actividades preventivo-promocionales en el área de su competencia en todos los niveles de atención.
- **e)** Realizar investigación en el campo de enfermería y de salud.
- **f)** Emitir opinión técnica con relación a recursos de personal y materiales dentro de su competencia.

Artículo 8°.- La enfermera(o) está facultada(o) para participar en:

- **a)** La formulación, diseño de políticas y evaluación de los planes y programas de salud de carácter institucional y nacional.
- **b)** La elaboración, aplicación y evaluación de los estándares de calidad y del proceso de mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud.

Artículo 9°.- Derechos. La enfermera(o) tiene derecho a:

a) Acceder a Cargos de Dirección y Gerencia en igualdad de condiciones que los demás profesionales de salud y similares en instituciones públicas y privadas.

Reglamento: Art. 9°.-

e) “Desarrollar actividades preventivo-promocionales en el área de su competencia en todos los niveles de atención. Estas actividades están dirigidas a planificar, gerenciar, ejecutar y evaluar los programas preventivo- promocionales a nivel intra y extrahospitalario.”

Artículo 14°.- Dirección de la Unidad de Enfermería, el cargo o puesto de dirección de mayor jerarquía de la unidad orgánica de enfermería será ocupado por una enfermera(o), de acuerdo con estricto concurso de méritos.

Por tanto: El órgano de línea se expresa como una necesidad administrativa que involucra el aseguramiento de la continuidad de la prestación de servicios en los diferentes niveles de atención del sistema sanitario que es un imperativo estratégico establecer según normas pertinentes. Y la organización de línea es uno de los tipos de estructura donde cada nivel de gestión tiene una autoridad clara sobre el siguiente nivel. En otras palabras, las organizaciones de línea tienen clara la cadena de mando. Van desde la cima de una organización hasta los niveles operativos y la necesidad de una evaluación permanente de los procesos de las diferentes áreas de servicio al usuario. Existe una comprensión de quién informa a quién, ya que la autoridad fluye de arriba hacia abajo.

La toma de decisiones se modernizará fluyendo las necesidades de abajo hacia arriba, no se concentrará solo en la cima de la organización. El personal de enfermería del nivel operativo y a lo largo de la cadena estructural alcanzarán sus observaciones y sugerencias de mejora continua para agilizar la gestión de los servicios de su interés. Las normas y procedimientos formalizados, rigen cómo se debe realizar el trabajo en una organización y tienen que ser unificados para garantizar que todos estén en sintonía, alineación y trabajando para lograr los mismos objetivos.

Especialización profesional, el personal de enfermería de una organización de línea suele estar especializados en un área o función en particular. Esto les permite convertirse en expertos en su área y trabajar de manera más eficiente y sincronizada (AMAA).

El órgano de línea a nivel nacional estará conformado desde el MINSA, por ser la entidad rectora en materia de salud, los subsectores de EsSalud, Fuerzas Armadas; que incluyen al Ejército peruano, Fuerza Aérea del Perú, Marina de Guerra del Perú; la Policía Nacional del Perú, las entidades municipales y los establecimientos de salud privados, tendrán la misma estructura derivada de este mismo modelo; con las cuales se realizarán coordinaciones trimestrales para mantener un alineamiento en las gestiones; de tal manera que la sinergia en las funciones y actividades de enfermería, sirvan para resolver problemas de salud de forma discrecional. De este modo interviene de manera acertada en las variables críticas de la atención de salud en general y en particular; en el acceso, oportunidad, seguridad, calidad y reducción de costos de los procesos. Implica acciones destinadas a sincerar y fortalecer el número de personal necesario de enfermeras para el ejercicio profesional y el trabajo del personal técnico y auxiliar de enfermería. Crea una gestión del cuidado, construida de acuerdo a la carga de trabajo asistencial, administrativa, docente y de investigación, sobre la base de diversos procesos propios de enfermería directos e indirectos. Y otros asumidos dentro del Proceso de Cuidado Enfermero individual para cada paciente en armonía con el equipo de salud. Las políticas de salud y de enfermería que deseamos implementar se visualizarán en el Plan de Desarrollo Nacional, fundamentado en la reflexión, la integración de creencias, principios y valores; el análisis crítico, la intuición, la organización de los recursos, así como la evaluación de la calidad de las intervenciones; la aplicación de conocimientos administrativo-gerenciales actualizados; el juicio clínico -ético. Es decir, desde otra dimensión, en coordinación con la plana académica de las universidades, las expertas investigadoras; con la participación de ciudadanos, otros profesionales, directivos de salud y otros relacionados. Aportarán con su propia mirada sobre los resultados que esperan en relación a la salud de la población y serán parte de nuestro proyecto que dará pase a la estructura orgánica de Enfermería Nacional de avanzada AMAA.

Se trata de un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos, los recursos materiales y del entorno, con la intensión y motivación de mantener y favorecer el cuidado de la persona que en interacción con su entorno vive experiencias de salud. (Kerouac)

Kerouac, Suzanne y Otros. "El Pensamiento Enfermero". España: Edit. Masson, S.A. 1996.

La esencia de los profesionales de Enfermería es la gestión de la calidad del cuidado holístico de la salud y su desempeño está directamente relacionado con los servicios que brinda y los riesgos a los que está expuesto y a las condiciones de trabajo que ofertan las autoridades sanitarias.

El cuidado de calidad debe ser seguro, unificado, planeado, supervisado, monitoreado y evaluado como parte de la gestión del mismo. Por lo tanto, como estrategia fundamental para garantizar la excelencia de los cuidados administrados es importante que la práctica enfermera se desarrolle en un entorno seguro.

• 6.2 ASPECTOS QUE IMPIDEN EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA:



El desarrollo de la gestión de calidad en el cuidado de enfermería enfrenta varios desafíos y obstáculos que afectan su implementación y éxito. Algunos de los aspectos que impiden el desarrollo de la gestión de calidad en el cuidado de enfermería incluyen:

- **Política de recursos humanos:** La política de recursos humanos no se ajusta a la realidad, y existe un paradigma respecto al reconocimiento de los niveles jerárquicos de Enfermería, visualizándose una desconexión entre esta y la realidad como: Falta de adaptabilidad a la realidad. A menudo, las políticas de recursos humanos aplicadas al personal de enfermería, están diseñados con un enfoque estático y no se actualizan para adaptarse a los cambios en el entorno profesional, laboral, social y científico; como la tecnología emergente, las tendencias demográficas, las necesidades de la población o las preferencias de los profesionales.
- **Desconexión con las necesidades de los profesionales:** Las políticas de recursos humanos aplicadas al personal de enfermería no reflejan las necesidades y expectativas reales de los profesionales, lo que lleva a una falta de compromiso y satisfacción laboral que dificultan la adaptación a situaciones individuales del diario quehacer, e inciden en la adversidad del clima laboral, la calidad de la atención y generan el desapego institucional, con la consecuente fuga de talentos.
- **Falta de diálogo y comunicación:** La falta de comunicación entre la alta dirección, los gerentes de recursos humanos y las enfermeras lleva a una desconexión entre la política de recursos humanos y la realidad sobre las necesidades de los establecimientos de salud, de la comunidad y del personal de enfermería.
- **Enfoque centrado en la exigencia del cumplimiento en lugar del desarrollo:** Las políticas de recursos humanos están demasiado centradas en el cumplimiento de normativas legales o en la reducción de costos, en lugar de centrarse en el desarrollo y el bienestar de los colaboradores, en la reducción de indicadores negativos de calidad y en dotar del número de recurso humano necesario en su propia organización.
- **Resistencia de las autoridades al cambio por su alta rotación:** La resistencia al cambio por parte de las autoridades organizacionales dificulta la implementación de políticas de recursos humanos más alineadas, efectivas, eficaces y eficientes por la naturaleza del trabajo de las enfermeras en concordancia con la realidad laboral, a nivel comunitario y hospitalario.

Para abordar esta brecha entre la política de recursos humanos y la realidad, las organizaciones necesitan adoptar un enfoque más flexible, de oportunidad para demostrar que las políticas centradas en las personas y orientadas al cambio permite responder a los anhelados objetivos de lograr salud para todos los ciudadanos. Esto implica una revisión de las políticas de recursos humanos, una mayor participación de las enfermeras en el proceso de toma de decisiones y una cultura organizacional que fomente la adaptabilidad y la innovación, en aras de generar y garantizar un futuro promisor en la salud de la población peruana, teniendo normas elaboradas por el Colegio de Enfermeros del Perú que es la entidad normativa del ejercicio profesional por Ley.

1. **El órgano de línea y la unidad orgánica de enfermería:** El órgano de línea y la unidad orgánica de enfermería a nivel nacional, regional y local, se encuentra desactivada y fragmentada. Los ineficientes diseños estructurales y funcionales en los diferentes establecimientos de salud, no acordes a su nivel de responsabilidad en la gestión de los servicios y en la gestión de la calidad del cuidado enfermero a los ciudadanos, no permiten una alineación y sinergia en la gestión de la calidad de los servicios de enfermería. Las estructuras organizacionales impuestas por el poder, son discriminatorias contra la profesión por ser eminentemente femenina, desconociendo su importante rol





profesional, no reconocido como sí se hace con otros profesionales. Las plazas correspondientes y las compensaciones económicas no son acordes a su nivel de responsabilidad, generan un descontrol nacional y una total insatisfacción laboral.

La aprobación de un órgano de línea, su unidad orgánica de enfermería y sub unidades regionales en un Ministerio tendrá repercusiones sumamente importantes:

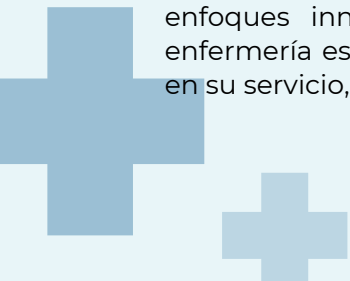
- **Reconocimiento de la importancia de la enfermería:** La aprobación de una Unidad Orgánica de Enfermería dentro del Ministerio de Salud (Entidades Públicas y Privadas), como entidad rectora de la Salud, que involucre a los otros ministerios conexos (Ministerio de Trabajo (EsSalud), Ministerio de Defensa (Establecimientos de Salud de las FFAA: FAP, Naval y Ejército), Ministerio del Interior (Sanidad de la PNP); indica el reconocimiento de la importancia de la enfermería como una profesión con la mayor fuerza de trabajo clave en el sistema de salud. Esto puede reflejar un compromiso por parte del Ministerio para fortalecer y apoyar el papel de los enfermeros en la prestación de servicios de salud.
- **Mejora de la gestión y coordinación:** La creación de un órgano de línea, una unidad orgánica de enfermería y sus subunidades regionales, ayudará a mejorar la gestión y coordinación de los recursos humanos, materiales y financieros relacionados con la enfermería dentro del Sistema Nacional de Salud. Esto puede conducir a una mayor eficiencia y eficacia en la planificación y prestación de servicios de enfermería.
- **Desarrollo de políticas y programas específicos:** La existencia de una unidad orgánica de enfermería puede facilitar el desarrollo y la implementación de políticas y programas específicos destinados a fortalecer la profesión de enfermería, mejorar la calidad de la atención y promover el bienestar de los pacientes y la población en general.
- **Fortalecimiento de la representación del Personal de enfermería:** La aprobación de un órgano de línea de Enfermería proporciona una plataforma institucional para que los enfermeros tengan una mayor representación en el Ministerio y conexos en materia de salud. Esto facilita la participación de los enfermeros en la toma de decisiones relacionadas con la política de salud y la planificación de servicios, como ocurre en la mayoría de países del mundo.
- **Mejora de las condiciones laborales y profesionales:** Enfermeros y personal de apoyo, incluyendo aspectos como la formación continua, el desarrollo profesional, la seguridad laboral, el reconocimiento de la labor realizada y sobre todo la satisfacción de los usuarios.

En resumen, la aprobación de un órgano de línea de Enfermería desde el Ministerio de Salud y los Ministerios conexos, va tener un impacto significativo en la gestión, el desarrollo y la representación de la enfermería dentro del sistema de salud, lo que a su vez conduce a mejoras en la calidad de la atención, el bienestar de los pacientes y el reconocimiento social.

2. Falta de recursos: La carencia de recursos financieros, humanos y tecnológicos limita la capacidad de implementar sistemas de gestión de calidad efectivos. La falta de personal con los perfiles adecuados y la ausencia de tecnologías modernas dificultan la recopilación y análisis de datos para mejorar la calidad del cuidado.

3. Resistencia al cambio: La resistencia al cambio por parte del personal de enfermería y otros miembros del equipo de salud es otro obstáculo significativo. La adopción de nuevas prácticas y procesos sobre todo en algunas zonas menos favorecidas del país, puede encontrarse con resistencia cultural o temores a lo desconocido.

4. Falta de formación y desarrollo profesional: La falta de oportunidades de formación y desarrollo profesional limita la capacidad del personal de enfermería para adquirir las habilidades necesarias y participar en iniciativas de gestión de calidad. La formación permanente de por vida, es esencial para mantenerse al día con las mejores prácticas y enfoques innovadores. La capacitación permanente en servicio para el personal de enfermería es nula o insuficiente; ya que las seis (6) horas que cada persona debería recibir en su servicio, no se efectiviza.



5. Carga de trabajo excesiva: Una carga de trabajo excesiva y la falta de tiempo impiden que el personal de enfermería se sienta involucrado y participe activamente en actividades relacionadas con la gestión de calidad. La prioridad en la atención directa al paciente deja un tiempo muy escaso para las actividades de mejora de calidad, de capacitación, docencia e investigación indispensables para el desarrollo de la gestión de calidad y el desarrollo de su campo de acción de la enfermera.

6. Falta de datos estandarizados y sistemas de información integrados a nivel nacional:

La falta de estandarización en la recopilación de datos y la carencia de sistemas de información integrados, dificultan la comparación y el análisis de datos. La inconsistencia en la forma mecánica y no estandarizada en que se recopilan y registran los datos afecta negativamente la toma de decisiones basada en evidencias. Carencia de un proceso de gestión informatizado ampliando el tiempo en los registros manuales que llevan un tiempo considerable y que no pueden dejar de hacerse, por ser una exigencia de carácter ético, técnico y legal. Por tanto, la necesidad de una plataforma virtual que agilice las actividades, el Proceso de Atención de Enfermería y optimice los tiempos, es un requerimiento prioritario.

7. Cultura organizacional: Una cultura organizacional que no fomenta la transparencia, el aprendizaje continuo y los valores corporativos solo son un enunciado, la indiferencia de las autoridades para otorgar las condiciones mínimas de trabajo resultan ser un impedimento para el avance. Si la cultura no valora e incentiva la mejora continua y la retroalimentación constructiva, la implementación de prácticas de gestión de calidad puede ser desafiante para la gestión, pero no tener respuesta.

8. Falta de disponibilidad financiera: La gestión financiera en las instituciones de salud, propicia casi siempre una inequidad, la reducción de recursos humanos y materiales destinados a iniciativas de gestión de calidad. Las decisiones de las autoridades de altos niveles de gestión de la salud pública para el ajuste de los presupuestos, siempre afectan negativamente la dotación de enfermeras y la calidad del cuidado.

9. Desconexión entre la administración y el personal de enfermería: Una desconexión entre la alta dirección y el personal de enfermería genera inconformidades. La necesidad de datos importantes y trabajos realizados por el personal de enfermería, base para la gestión de la salud de los usuarios, son solicitados por las autoridades de alto nivel a las Directoras sectoriales y Jefes de Departamento de Enfermería, para alimentar sus informes. La falta de alineación en los objetivos y prioridades conduce a la falta de apoyo y compromiso necesario para implementar prácticas de gestión de calidad del cuidado enfermero de alta performance.

10. Escasa retroalimentación y evaluación continua: La falta de un sistema efectivo de retroalimentación y evaluación continua dificulta la identificación de áreas de mejora. El análisis de las áreas de los indicadores negativos de calidad es esencial para ajustar y mejorar las prácticas de cuidado. La superación de estos desafíos generalmente implica un enfoque integral que aborde tanto los aspectos gerenciales, técnicos como los aspectos culturales y organizativos. Es fundamental contar con liderazgo comprometido, recursos adecuados y un enfoque colaborativo para superar estos obstáculos y avanzar en la gestión de calidad en el cuidado enfermero, finalmente las enfermeras son profesionales que se enfrentan al dolor y sufrimiento de los pacientes y son el soporte de las instituciones de salud las 24 horas del día, los 365 días del año, bien denominadas por la OMS como “la columna vertebral de los Sistemas Nacionales de Salud”.

• 6.3 DOCUMENTO TÉCNICO “PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2011-2021.

Según este importante documento, en el Primer Nivel de Atención la situación es crítica, no está asumiendo en forma adecuada su rol de ser la puerta de entrada al sistema de salud por su débil funcionamiento y su interrelación con los otros niveles de atención. Expresión que refleja las debilidades del sistema de salud peruano, lo que restringe la solución de las demandas y necesidades de la población a menos del 80%, teniendo esta última un comportamiento orientado a buscar atención, principalmente cuando siente haber perdido la salud; es decir, cuando ya enfermó, motivando un comportamiento similar en los servicios de salud dirigido a atender el daño; rebasando, por ende, su capacidad de atención y resolución en cada nivel de atención.

- El financiamiento del Primer Nivel de Atención, siempre fue escaso, dándosele mayor prioridad a fortalecer la capacidad resolutoria en los hospitales y con ello la función curativa del sistema de salud y de muy alto costo. Esta realidad no garantiza de manera integral la salud de la población, necesaria para el cumplimiento de objetivos nacionales, así como para el fortalecimiento de los estándares de gestión, organización y prestación de servicios de salud. Ello trae como consecuencia su débil funcionamiento y capacidad de respuesta frente a las necesidades y demandas de la población, en desmedro del cumplimiento de políticas tan importantes como las relacionadas a la implementación de la Atención Primaria de Salud (APS).
- El desempeño y rendimiento de los recursos humanos no se ejecuta en su real dimensión para alcanzar los objetivos deseados por las instituciones. Esto ocasionado por falta de políticas adecuadas de organización, desarrollo de recursos humanos en los últimos años, relacionados a una dotación con equidad, capacitación permanente, desarrollo de capacidades y condiciones laborales mínimas para el buen cumplimiento de sus funciones, que muchas veces sufre por la discriminación entre profesionales con poder político. Estas autoridades alimentan el intrusismo entre profesionales, lo que constituye un acto ilegal. Lo mismo ocurre con algunos puestos de trabajo que son ocupados por el personal técnico o auxiliar de enfermería y que a pesar de conocer esta realidad no se asume el cambio; por componendas sindicales, afectando el orden constitucional.
- “Débil capacidad de gestión local institucional por ausencia de meritocracia y concursos para gerencia, planeamiento ejecución y control, calidad de atención, medicamentos, recursos humanos, información, emergencias y desastres, atención integral de salud, riesgos de la atención, y financiamiento, relacionada con el párrafo anterior.
- La organización de los establecimientos de salud responde limitadamente a las necesidades y demandas de la población; infraestructura sanitaria con poca capacidad resolutoria, inadecuados criterios de categorización, redes desarticuladas, sistema de referencia y contra referencia ineficaces. Ello por escasa implementación y organización del sistema de transporte, comunicación e información; en todos los niveles de atención. Y la organización interna del establecimiento no sigue el modelo de atención integral de salud de ofrecer confort, privacidad y continuidad de la atención.
- Débil articulación de los servicios de salud con su entorno, sectores y actores claves de la sociedad civil y comunidad organizada.
- Débil participación ciudadana en los procesos de gestión pública y cuidado de su salud, así como a su desarrollo individual, comunal y local.

- Débil marco regulatorio jurídico sanitario, por falta de control y financiamiento para su implementación, así como por inoperancia de algunas normas, tanto en el nivel nacional como regional, en el actual contexto de la descentralización y aseguramiento universal.
- Escaso sistema de monitoreo, supervisión y evaluación del desempeño integral del Primer Nivel de Atención, carencia de sistemas de información estandarizados y/o tableros de control que permitan evaluar la implementación de políticas tan importantes como la atención integral de salud en el nivel regional.

Finalmente, un débil desempeño e implementación de los principios y funciones de la Atención Primaria en Salud - APS, ocasionado por todo lo antes descrito.

Ministerio de Salud: Plan Nacional de fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. 2011-2021
<https://bvs.minsa.gob.pe/local%20/MINSA/1620.pdf>

Estas son las razones por las cuales se requiere contar con una unidad orgánica de enfermería a nivel nacional que involucre los niveles regionales, y los niveles locales. Actualmente se percibe una desarticulación total en los diferentes niveles de atención, empezando por este Primer Nivel tan venido a menos, por el desorden en y la mezcla de profesionales ha generado intrusismo y falta de respeto de los campos profesionales.

• **6.4 FUNDAMENTOS TÉCNICO Y VALOR AGREGADO**

El sustento real de una estructura organizativa a nivel central, regional y local de enfermería, se basa en varios aspectos clave que permiten su funcionamiento efectivo y su contribución al sistema de atención de salud a la población.

Características de la estructura organizacional propuesta

- 1. La estructura organizacional muestra cómo se asumen las responsabilidades y la manera de tomar las decisiones según niveles desde los directivos hasta los niveles operativos.
- 2. La estructura organizacional cumple con los objetivos, de acuerdo al plan nacional de gestión de Salud, hace posible tener bien claro lo que necesita y el tipo de talento que conviene sumar a los diferentes puestos.
- 3. La estructura organizacional define las áreas y puestos. se muestra gráficamente, permite echar un vistazo rápido a la manera en que cada nivel
- 4. se relaciona, cuáles dependen de otros y los que funcionan de manera más independiente.
- 5. La estructura organizacional representa el trabajo de la organización, los integrantes de los equipos reconocen las responsabilidades de su trabajo y las razones por las que es tan importante que logren sus objetivos en el tiempo previsto, saber que son parte de una maquinaria grande, que se mantiene en funcionamiento con el esfuerzo de todos y cada uno de sus integrantes.
- 6. La estructura organizacional es dinámica y está en movimiento continuo, porque sus miembros necesitan adaptarse a un entorno cambiante, satisfacer las demandas de los usuarios, impulsar la innovación y mejorar continuamente, gestionar el crecimiento y desarrollo de esta de manera efectiva a estos desafíos y mantener una óptima imagen.

Elementos clave de la estructura organizacional propuesta

- 1. La cadena de mando de la estructura organizativa de enfermería a nivel nacional explica cómo se delegan las actividades y las tareas, cuántos niveles debe tener un área en particular; es decir, quién dice que hacer y a quién, así como la manera en que se comunican los incidentes, problemas, solicitudes y propuestas hacia arriba y hacia abajo.

- 2. Rango de control, se refiere a cuántas personas están bajo la responsabilidad de un directivo y qué tareas debe desempeñar cada área o departamento y el grado de libertad para tomar decisiones.
- 3. Describe los puestos directivos donde se toman las decisiones consensuadas con todos los niveles. Una vez establecida la cadena de mando, se considera qué direcciones, departamentos, servicios y unidades sustentan las decisiones. se inclina a la descentralización, donde las áreas pueden tomar las decisiones finales en coordinación con sus equipos, direcciones o departamentos encargados de asumir determinada responsabilidad.
- 4. Adaptabilidad al crecimiento, una organización bien definida y de alto performance se adapta a los cambios del entorno con facilidad.
- 5. Fomento del crecimiento y desarrollo profesional y organizacional, con capacitación permanente en servicio, permitiendo alcanzar las metas profesionales y personales y contribuir al éxito de la Organización.

Considera que cuanto mayor sea la producción y más personas trabajen para que la organización cumpla la demanda de servicios, más complejo será liderarla sin la utilización de la herramienta que impulsa el desarrollo de una organización que es la estructura organizativa- en este caso la de enfermería-, que finalmente resulta ser la gran alternativa del cambio para el fortalecimiento y desarrollo de la salud de la población, como ocurre en otros países, en los cuales se da oportunidades a todos los profesionales, en especial a médicos y enfermeras que son el sustento más importante del sistema de salud.

Beneficios de la estructura organizacional propuesta:

- Claridad en las responsabilidades y los roles de cada nivel, evitando confusiones y superposiciones.
- Enfoque en el usuario, que es la razón de ser de enfermería y de todos los profesionales y de los trabajadores de salud.
- Enfoque en los objetivos institucionales; al distribuir claramente las responsabilidades y las líneas de autoridad pueden alcanzarlos objetivos sin distracciones
- Comunicación fluida y efectiva, facilitando la coordinación con otras dependencias y equipos.,
- Eficiencia ejecutiva y operativa, optimizará los flujos de trabajo y la toma de decisiones en cada nivel.

6.4.1 OBJETIVOS QUE FUNDAMENTAN LA ESTRUCTURA ORGÁNICA NACIONAL DE UNA ENFERMERÍA DE ALTO IMPACTO

Al integrar estos elementos, una estructura organizativa nacional de enfermería proporciona un marco sólido para garantizar una atención y cuidado holístico de calidad, el crecimiento profesional del personal y la eficiencia en el cuidado de los pacientes dentro del sistema de salud y por supuesto, un mejor estado de salud de los usuarios y la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población.

A) Perfiles, roles y responsabilidades claros

- Definir perfiles y roles específicos dentro de la estructura de enfermería, desde enfermeras de base hasta líderes de equipo, especialistas y directivos.
- Establecer claramente las responsabilidades de cada nivel jerárquico para garantizar una distribución efectiva del trabajo y una comunicación fluida.

B) Jerarquía y comunicación

- Establecer una jerarquía que permita la toma de decisiones eficiente, el alineamiento y el flujo de información y de acción dentro de la Dirección Nacional, Regional y local de Enfermería.

- Facilitar canales de comunicación abiertos y efectivos entre los diferentes niveles, evitando barreras que obstaculicen la colaboración.

C) Coordinación y gestión

- **Gestión de recursos y potencial humano.** Administración eficiente de personal, equipos, presupuestos y suministros para garantizar la disponibilidad y calidad de la atención.
- **Planificación estratégica.** Desarrollo e implementación de estrategias a corto, mediano y largo plazo que aborden las necesidades cambiantes de atención en los servicios hospitalarios y de enfermería.
- **Coordinación disciplinaria e interdisciplinaria.** Coordinación y colaboración estrecha con otras dependencias de salud intra y extra institucional para garantizar una atención y cuidado integral que beneficie a los usuarios.

D) Liderazgo y desarrollo

- **Liderazgo clínico:** Supervisión de prácticas clínicas, promoción de estándares de atención y liderazgo en la implementación de mejores prácticas.
- **Implementación de programas de desarrollo profesional:** Fomento de programas de educación continua, capacitación y desarrollo de habilidades para el personal de enfermería.
- **Capacitación continua:** Ofreciendo oportunidades de perfeccionamiento, certificaciones especializadas y crecimiento en la carrera.
- **Convenios:** Con universidades y escuela de salud pública y otras instancias que impulsen la capacitación permanente para el personal de enfermería.
- **Valorización del aprendizaje:** Evaluación del ejercicio profesional. Simulación de procedimientos. Desarrollo de habilidades clínicas y de liderazgo continuo
- **Mentoría y apoyo:** Inducción al personal de reciente ingreso. Orientación y apoyo a enfermeras de los diferentes servicios y organizaciones nacionales e internacionales, y equipos, promoviendo un ambiente de aprendizaje y crecimiento.

E) Implementación de protocolos y procedimientos estandarizados para garantizar la calidad

- **Desarrollo de Protocolos:** Establecer y mantener protocolos claros y actualizados para procedimientos estándar, garantizando la consistencia en la atención de calidad y la seguridad del paciente.
- **Evaluación de la Calidad:** Establecimiento políticas que garanticen la calidad y seguridad en la atención. Implementación de sistemas de monitoreo, supervisión y evaluación para garantizar altos estándares de atención y mejora continua.
- **Investigación y mejores prácticas:** Fomento de la investigación y adopción de las últimas mejores prácticas basadas en evidencia científica. Asegurar la adopción y cumplimiento de las mejores prácticas y estándares de atención, adaptándolos según las necesidades y avances de la ciencia.

F) Comunicación y tecnología

- **Sistemas de información:** Implementación y gestión de sistemas de registro electrónico, facilitando la recopilación, la evaluación y el análisis de datos.
- **Comunicación eficiente:** Establecimiento de canales de comunicación claros y efectivos para garantizar la transmisión de información crucial.
- **Tecnología innovadora:** Adopción de tecnología avanzada para mejorar la eficiencia de la gestión administrativo gerencial y operativa, así como la gestión de la calidad del Proceso de Atención de Enfermería.



G) Tecnología y recursos

- **Implementar tecnología para el seguimiento de pacientes**, apoyar la gestión del cuidado enfermero, incluyendo sistemas de registro y herramientas de seguimiento de pacientes crónicos y post hospitalizados y recursos para facilitar su atención.
- **Garantizar el acceso a recursos adecuados**, como equipos hospitalarios de última generación y suministros: mobiliario, equipos, instrumental, material e insumos, necesarios para brindar atención de calidad.

H) Cultura organizativa

- **Cultura de seguridad:** Promoción de una cultura de seguridad y cuidado que priorice el bienestar del paciente, familia y del personal.
- **Cultura de estímulo:** Promover una cultura que valores aplicados al trabajo diario, como: la responsabilidad, la empatía, la solidaridad y compañerismo interdisciplinaria, el respeto mutuo intra e interdisciplinario, entre otros.
- **Sistema de valores y ética:** Fomento de valores éticos y humanos en la prestación de cuidados, respetando la dignidad, la autonomía, los derechos y la individualidad de los pacientes.
- **Resiliencia y apoyo emocional:** Proporcionar herramientas y apoyo emocional para mitigar el estrés y la fatiga del personal de enfermería.
- **Fomentar un entorno de trabajo saludable**, que reconozca y celebre los logros del equipo y proporcione apoyo emocional y profesional.

I) Evaluación continua y mejora

- Realizar evaluaciones periódicas para medir la efectividad de la estructura organizativa, identificar áreas de mejora y ajustarlas estrategias según sea necesario.
- Buscar retroalimentación del personal de enfermería para comprender sus necesidades y desafíos en el entorno laboral. (AMAA)

VII. PROPUESTA DE ESTRUCTURA DE LA UNIDAD ORGÁNICA DE ENFERMERÍA A NIVEL NACIONAL

La gestión del cuidado alcanza a todo tipo de personas, tanto sanas como enfermas y sus familias, durante todo el ciclo vital, desde la concepción hasta la muerte; desde el nivel primario, hasta la atención altamente compleja, y tecnologizada; el alto impacto social de las funciones y actividades de la profesión de enfermería que representan el 70% de las intervenciones sanitarias; y consecuentemente una parte significativa del presupuesto hospitalario. Sin embargo, ello aún adolece de estándares e indicadores nacionales determinados como importantes para conocer los resultados de las intervenciones de enfermería y que hoy exigen su necesaria proyección e inserción en la estructura orgánica del nivel central y regional; en todos los niveles de atención, desde el I Nivel de promoción y prevención hasta los establecimientos de salud y entidades representativas del estado en materia de salud, cuya responsabilidad referida a la gestión del cuidado es muy alta. Hoy más que nunca se requiere la reivindicación de Enfermería sometida al olvido, ala postergación y a la imposición por largos años.

Es importante y de gravitante necesidad generar una estructura orgánica nacional de enfermería para la gestión del cuidado enfermero, sustentada en su propia naturaleza de atención y cuidado; en su gran variabilidad y complejidad, en la alta carga de trabajo. Requiere una división racional y efectiva del trabajo, delegación de autoridad y responsabilidad, descentralización, tramos de control, unidad de mando y alto impacto en la calidad y seguridad integral del paciente. Incluye lo físico, psíquico, mental, emocional, espiritual y social, que exigen su implementación prioritaria y formalizada. Eso responderá a la realidad del gran número de enfermeros que ejercen en la cada vez más exigente atención y cuidado de la salud a nivel nacional, con el apoyo del personal técnico y auxiliares de enfermería en actividades de menor complejidad.



Es así como se concentrarán los esfuerzos del equipo básico de enfermería, desde el nivel central en una acción conjunta para la prestación de servicios humanizada de calidad. Siempre en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles y requeridos. La estructura de enfermería organizada que se propone contribuirá en la disminución de los indicadores sanitarios. Supondría una contribución para disminuir la morbilidad y la mortalidad de los pacientes. Disminuir el índice de infecciones nosocomiales, complicaciones postoperatorias úlceras por presión, estadías hospitalarias prolongadas; mejor calidad de atención, mayor seguridad para los pacientes, disminución del tiempo de espera para procedimientos y como consecuencia mayor satisfacción de los usuarios. Ello se reflejará en los indicadores de impacto del estado de salud de la población.

Por lo tanto, es un imperativo social, moral y ético, que se apruebe una estructura orgánica dentro del presupuesto y cuadro analítico de personal; con ubicación relevante dentro de la estructura central del Ministerio de Salud, EsSalud, FFAA, PNP, municipios, organizaciones privadas, en los institutos altamente especializados, en los hospitales y en los establecimientos de salud de todos los niveles sanitarios, amparados en la Ley del trabajo del enfermero.

La Estructura Organizacional de la Unidad Orgánica de Enfermería, se sustenta en principios básicos de la administración y gestión en salud. El valor de la jerarquía bien definida consiste en determinar las funciones de cada nivel, reducir la confusión entre los líderes y los colaboradores, generar un acercamiento técnico- administrativo y operativo eficiente en todas las instancias jerárquicas superiores que marque las funciones y responsabilidades diferenciada del grupo profesional de enfermería sin interferencia con otros grupos profesionales con quienes la coordinación será más eficiente y estructurada, tomando en consideración la división del trabajo, determina cómo se agrupan y coordinan las funciones, las actividades y las tareas en los equipos de gestión y de cada puesto de trabajo en los niveles operativos.

El desempeño de la enfermera (o) se basa en los principios enunciados en el Código de Ética y Deontología, los derechos de los usuarios, las normas legales del ejercicio profesional, así como en el manejo apropiado de las relaciones humanas.

El proceso de Gestión es asumido por la Directora de Enfermería con autonomía profesional, competencia y responsabilidad, como instrumento para conducir técnica, administrativa y gerencialmente los servicios de enfermería.

7.1 NORMAS GENÉRICAS A CONSIDERAR

- 1.Ley del Trabajo del Enfermera
- 2.Ley General de Salud
- 3.Normas para establecer y puntualizar el cuadro y presupuesto analíticos

7.2 ESTRATEGIAS

- 1.Establecer el Modelo Conceptual que guíe la prestación de la gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero, considerando las necesidades del usuario, los objetivos institucionales y un sistema de organización ad hoc con la participación estructurada de las enfermeras con cargo directivo a nivel nacional.
- 2.Elaborar políticas para el control y evaluación del desempeño, así como la productividad de los servicios de enfermería. (La evaluación del desempeño del personal de enfermería es responsabilidad de la gestora de los servicios de enfermería y está orientada al logro de los objetivos institucionales, así como a promover estrategias para el desarrollo del personal a su cargo)

- 
- 3. Formular, revisar y actualizar los documentos técnico administrativos de la gestión, como: MOF, ROF, CAP, Planes Estratégicos y planes Operativos, los sistemas de trabajo, la asignación de funciones, normas. Tales como administración y gestión del recurso humano, gestión logística, manejo y control de recursos materiales, administración del funcionamiento de los servicios, modelo de atención de enfermería, guías de atención, procedimientos del cuidado integral de enfermería, registros de enfermería. Serán guías que facilitarán el cuidado enfermero a los usuarios.
 - 4. Establecer indicadores y estándares para la atención, supervisión, evaluación y control de la gestión de la calidad del cuidado.
 - 5. Establecer lineamientos para la gestión de recursos humanos, considerando la estimación de brecha oferta demanda y lograr la dotación de recursos humanos, según las necesidades de los usuarios y la brecha estimada.
 - 6. Gestionar la implementación de plataformas virtuales para los registros de enfermería. Sustento: constituyen la evidencia de la intervención profesional, siendo el Proceso de Atención de Enfermería (por Ley) o el SOAPIE. Documentos fundamentales para tener conocimiento de la evolución del paciente, el planeamiento del cuidado, la continuidad de la prestación y la evaluación de las intervenciones. Se constituyen en fuente de datos para la evaluación del cuidado y como sustento del proceso de la mejora continua e investigación.
 - 7. Establecer lineamientos para el fortalecimiento del desarrollo del personal de enfermería, desempeño profesional, mediante programas locales de capacitación nacional y programas de capacitación internacional según necesidades de los servicios. Permitirá el perfeccionamiento constante del trabajo de enfermería. El Programa de capacitación continua debe ser aprobado por la máxima autoridad de enfermería, de acuerdo con las necesidades de la institución. El acceso debe ser en forma equitativa, considerando a todo el personal de manera progresiva. Las horas de capacitación para la enfermera (o) deberá ser por lo menos de ochenta y cinco (80) horas al año equivalente a cinco (5) créditos.

7.3 SOBRE ESTRUCTURA ORGANICA DE ENFERMERÍA

- 1. El órgano de línea y la Unidad Orgánica de Enfermería Nacional será estructurada con dependencia de la máxima instancia de dirección del Ministerio de salud y contará con órganos de asesoría y de apoyo, así como el órgano de línea que se detallarán en el presente estudio, conforme lineamientos que establece la Ley del Trabajo de la Enfermera.
- 2. Enfermería debe contar con una estructura acorde al nivel correspondiente en la clasificación del establecimiento de salud, en los que se determina los niveles de autoridad y responsabilidad.
- 3. La estructura orgánica de enfermería debe graficarse en la estructura general de cada establecimiento de salud.
- 4. Cada puesto previsto en la organización de enfermería debe tener sus funciones claras, así como el perfil y requisitos de la enfermera (o) que ocupe el cargo.
- 5. Los cargos de dirección y jefaturas de enfermería no son cargos de confianza, se asumirán mediante concurso por estricto orden de méritos, acorde al reglamento previamente establecido, ningún directivo podrá obviar la Ley.

- 6. Los cargos directivos que se proponen estarán incluidos en el Presupuesto Analítico PA y Cuadro Analítico de Personal CAP de las unidades orgánicas desconcentradas de enfermería. **El Cuadro Analítico de Personal de Enfermería Nacional CAP**, es una herramienta que va a proporcionar una visión general de la estructura del personal en la organización. Mostrando información como:
 - a. El número total de personal de Enfermería, las categorías laborales las áreas de especialización, las calificaciones, los niveles de experiencia, los salarios, los beneficios, etc.
 - b. La planificación estratégica de recursos humanos, ya que ayuda a la organización a comprender su fuerza laboral y a tomar decisiones informadas sobre contratación, capacitación, desarrollo profesional, entre otros.

El Cuadro de Asignación de Personal: Se utilizará para:

- a. Programar y asignar al personal de enfermería en funciones específicas dentro de un período de tiempo determinado.
- b. Mostrar la distribución del personal en función, los turnos laborales, áreas, servicios o unidades de trabajo, responsabilidades, días libres, vacaciones, entre otros.
- c. Garantizar una cobertura adecuada del personal en diferentes áreas y en diferentes momentos, de acuerdo con las necesidades y los estándares de atención.

Los cargos directivos que se requieren para cumplir con las competencias establecidas en los correspondientes: Reglamentos de Organización y Funciones (ROF) de los establecimientos de salud, el mismo que debe mostrarla situación real de la estructura de cargos y del personal que viene desempeñando funciones permanentes, así como prever la estructura de cargos que se requiere para brindar un servicio de calidad.

- 7. La propuesta de los cargos de la unidad de enfermería se ha realizado en base a un estudio técnico¹², teniendo como base para su determinación, la demanda de atención de salud de la población, la complejidad de la gestión de enfermería debido a la propia naturaleza de sus funciones, los objetivos a lograr, entre otros.
- 8. La estructura básica de los cargos de gestión de las unidades descentralizadas de enfermería, se establecen en correspondencia al nivel y complejidad de los establecimientos de salud.¹³

7.4 PLANIFICACIÓN DEL ÓRGANO DE LÍNEA Y LA UNIDAD ORGÁNICA DE ENFERMERÍA A NIVEL NACIONAL

La estructura organizativa de enfermería abordará varios elementos que contribuirán a su sólido y eficiente funcionamiento para planificar, organizar y dirigir las actividades de enfermería en diferentes proveedores de servicios de salud, alineadas e integradas. Los elementos clave incluyen:

- 1. **Planificación estratégica.** Análisis detallado de las necesidades de atención de la salud y de enfermería en la comunidad. Establecer metas y objetivos claros para los establecimientos de salud, considerando las tendencias demográficas, epidemiológicas y las expectativas de las personas sanas y enfermas, su familia y la comunidad.
- 2. **Gestión y liderazgo efectivos.** Seleccionar líderes para la conformación inicial de la estructura orgánica de enfermería a nivel nacional: directoras de enfermería, jefes de departamento de enfermería, supervisoras, jefes de servicios de enfermería; con competencias y habilidades blandas para planificar, organizar, dirigir, evaluar y elaborar las normas técnico administrativas que regirán a nivel nacional. Conformar equipos de alto nivel encargados de liderar y coordinar el personal de enfermería en el sistema de salud y supervisores de enfermería; ellos serán responsables del monitoreo, supervisión y evaluación

¹² Informe Técnico prestado por el Mg. Espinoza G.D.

¹³ Aporte realizado por Mg. Rosa Roncal

6.4 FUNDAMENTOS TÉCNICO Y VALOR AGREGADO

El sustento real de una estructura organizativa a nivel central, regional y local de enfermería, se basa en varios aspectos clave que permiten su funcionamiento efectivo y su contribución al sistema de atención de salud a la población.



Características de la estructura organizacional propuesta

1. La estructura organizacional muestra cómo se asumen las responsabilidades y la manera de tomar las decisiones según niveles desde los directivos hasta los niveles operativos.
2. La estructura organizacional cumple con los objetivos, de acuerdo al plan nacional de gestión de Salud, hace posible tener bien claro lo que necesita y el tipo de talento que conviene sumar a los diferentes puestos.
3. La estructura organizacional define las áreas y puestos. se muestra gráficamente, permite echar un vistazo rápido a la manera en que cada nivel.
4. Se relaciona, cuáles dependen de otros y los que funcionan de manera más independiente.
5. La estructura organizacional representa el trabajo de la organización, los integrantes de los equipos reconocen las responsabilidades de su trabajo y las razones por las que es tan importante que logren sus objetivos en el tiempo previsto, saber que son parte de una maquinaria grande, que se mantiene en funcionamiento con el esfuerzo de todos y cada uno de sus integrantes.
6. La estructura organizacional es dinámica y está en movimiento continuo, porque sus miembros necesitan adaptarse a un entorno cambiante, satisfacer las demandas de los usuarios, impulsar la innovación y mejorar continuamente, gestionar el crecimiento y desarrollo de esta de manera efectiva a estos desafíos y mantener una óptima imagen.

Elementos clave de la estructura organizacional propuesta

1. La cadena de mando de la estructura organizativa de enfermería a nivel nacional explica cómo se delegan las actividades y las tareas, cuántos niveles debe tener un área en particular; es decir, quién dice qué hacer y a quién, así como la manera en que se comunican los incidentes, problemas, solicitudes y propuestas hacia arriba y hacia abajo.
2. Rango de control, se refiere a cuántas personas están bajo la responsabilidad de un directivo y qué tareas debe desempeñar cada área o departamento y el grado de libertad para tomar decisiones.
3. Describe los puestos directivos donde se toman las decisiones consensuadas con todos los niveles. Una vez establecida la cadena de mando, se considera qué direcciones, departamentos, servicios y unidades sustentan las decisiones. se inclina a la descentralización, donde las áreas pueden tomar las decisiones finales en coordinación con sus equipos, direcciones o departamentos encargados de asumir determinada responsabilidad.
4. Adaptabilidad al crecimiento, una organización bien definida y de alto performance se adapta a los cambios del entorno con facilidad.
5. Fomento del crecimiento y desarrollo profesional y organizacional, con capacitación permanente en servicio, permitiendo alcanzar las metas profesionales y personales y contribuir al éxito de la Organización.



Considera que cuanto mayor sea la producción y más personas trabajen para que la organización cumpla la demanda de servicios, más complejo será liderarla sin la utilización de la herramienta que impulsa el desarrollo de una organización que es la estructura organizativa- en este caso la de enfermería-, que finalmente resulta ser la gran alternativa del cambio para el fortalecimiento y desarrollo de la salud de la población, como ocurre en otros países, en los cuales se da oportunidades a todos los profesionales, en especial a médicos y enfermeras que son el sustento más importante del sistema de salud.

Beneficios de la estructura organizacional propuesta:

- Claridad en las responsabilidades y los roles de cada nivel, evitando confusiones y superposiciones.
- Enfoque en el usuario, que es la razón de ser de enfermería y de todos los profesionales y de los trabajadores de salud.
- Enfoque en los objetivos institucionales; al distribuir claramente las responsabilidades y las líneas de autoridad pueden alcanzarlos objetivos sin distracciones
- Comunicación fluida y efectiva, facilitando la coordinación con otras dependencias y equipos.,
- Eficiencia ejecutiva y operativa, optimizará los flujos de trabajo y la toma de decisiones en cada nivel.

6.4.1 OBJETIVOS QUE FUNDAMENTAN LA ESTRUCTURA ORGÁNICA NACIONAL DE UNA ENFERMERÍA DE ALTO IMPACTO

Al integrar estos elementos, una estructura organizativa nacional de enfermería proporciona un marco sólido para garantizar una atención y cuidado holístico de calidad, el crecimiento profesional del personal y la eficiencia en el cuidado de los pacientes dentro del sistema de salud y por supuesto, un mejor estado de salud de los usuarios y la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población.

a. Perfiles, roles y responsabilidades claros

- Definir perfiles y roles específicos dentro de la estructura de enfermería, desde enfermeras de base hasta líderes de equipo, especialistas y directivos.
- Establecer claramente las responsabilidades de cada nivel jerárquico para garantizar una distribución efectiva del trabajo y una comunicación fluida.

b. Jerarquía y comunicación

- Establecer una jerarquía que permita la toma de decisiones eficiente, el alineamiento y el flujo de información y de acción dentro de la Dirección Nacional, Regional y Local de Enfermería.
- Facilitar canales de comunicación abiertos y efectivos entre los diferentes niveles, evitando barreras que obstaculicen la colaboración.

c. Coordinación y gestión

- **Gestión de recursos y potencial humano.** Administración eficiente de personal, equipos, presupuestos y suministros para garantizar la disponibilidad y calidad de la atención.
- **Planificación estratégica.** Desarrollo e implementación de estrategias a corto, mediano y largo plazo que aborden las necesidades cambiantes de atención en los servicios hospitalarios y de enfermería.
- **Coordinación disciplinaria e interdisciplinaria.** Coordinación y colaboración estrecha con otras dependencias de salud intra y extra institucional para garantizar una atención y cuidado integral que beneficie a los usuarios.

d. Liderazgo y desarrollo

- Liderazgo clínico: Supervisión de prácticas clínicas, promoción de estándares de atención y liderazgo en la implementación de mejores prácticas.
- Implementación de programas de desarrollo profesional. Fomento de programas de educación continua, capacitación y desarrollo de habilidades para el personal de enfermería.

- 
- Capacitación continua. Ofreciendo oportunidades de perfeccionamiento, certificaciones especializadas y crecimiento en la carrera.
 - **Convenios. Con universidades** y escuela de salud pública y otras instancias que impulsen la capacitación permanente para el personal de enfermería.
 - **Valorización del aprendizaje.** Evaluación del ejercicio profesional. Simulación de procedimientos. Desarrollo de habilidades clínicas y de liderazgo continuo
 - **Mentoría y apoyo.** Inducción al personal de reciente ingreso. Orientación y apoyo a enfermeras de los diferentes servicios y organizaciones nacionales e internacionales, y equipos, promoviendo un ambiente de aprendizaje y crecimiento.

e. Implementación de protocolos y procedimientos estandarizados para garantizar la calidad

- **Desarrollo de Protocolos.** Establecer y mantener protocolos claros y actualizados para procedimientos estándar, garantizando la consistencia en la atención de calidad y la seguridad del paciente.
- **Evaluación de la Calidad.** Establecimiento políticas que garanticen la calidad y seguridad en la atención. Implementación de sistemas de monitoreo, supervisión y evaluación para garantizar altos estándares de atención y mejora continua.
- **Investigación y mejores prácticas.** Fomento de la investigación y adopción de las últimas mejores prácticas basadas en evidencia científica. Asegurar la adopción y cumplimiento de las mejores prácticas y estándares de atención, adaptándolos según las necesidades y avances de la ciencia.

f. Comunicación y tecnología

- **Sistemas de información.** Implementación y gestión de sistemas de registro electrónico, facilitando la recopilación, la evaluación y el análisis de datos.
- **Comunicación eficiente.** Establecimiento de canales de comunicación claros y efectivos para garantizar la transmisión de información crucial.
- **Tecnología innovadora.** Adopción de tecnología avanzada para mejorar la eficiencia de la gestión administrativo gerencial y operativa, así como la gestión de la calidad del Proceso de Atención de Enfermería.

g. Tecnología y recursos

- **Implementar tecnología para el seguimiento de pacientes,** apoyar la gestión del cuidado enfermero, incluyendo sistemas de registro y herramientas de seguimiento de pacientes crónicos y post hospital izados y recursos para facilitar su atención.
- **Garantizar el acceso a recursos adecuados,** como equipos hospitalarios de última generación y suministros: mobiliario, equipos, instrumental, material e insumos, necesarios para brindar atención de calidad.

h. Cultura organizativa

- **Cultura de seguridad.** Promoción de una cultura de seguridad y cuidado que priorice el bienestar del paciente, familia y del personal.
- **Cultura de estímulo.** Promover una cultura que valores aplicados al trabajo diario, como: la responsabilidad, la empatía, la solidaridad y compañerismo interdisciplinaria, el respeto mutuo intra e interdisciplinario, entre otros.
- **Sistema de valores y ética.** Fomento de valores éticos y humanos en la prestación de cuidados, respetando la dignidad, la autonomía, los derechos y la individualidad de los pacientes.
- **Resiliencia y apoyo emocional.** Proporcionar herramientas y apoyo emocional para mitigar el estrés y la fatiga del personal de enfermería.
- Fomentar un entorno de trabajo saludable, que reconozca y celebre los logros del equipo y proporcione apoyo emocional y profesional.

a. Evaluación continua y mejora

- Realizar evaluaciones periódicas para medir la efectividad de la estructura organizativa, identificar áreas de mejora y ajustarlas estrategias según sea necesario.
- Buscar retroalimentación del personal de enfermería para comprender sus necesidades y desafíos en el entorno laboral. (AMAA)

VII. PROPUESTA DE ESTRUCTURA DE LA UNIDAD ORGÁNICA DE ENFERMERÍA A NIVEL NACIONAL

La gestión del cuidado alcanza a todo tipo de personas, tanto sanas como enfermas y sus familias, durante todo el ciclo vital, desde la concepción hasta la muerte; desde el nivel primario, hasta la atención altamente compleja, y tecnologizada; el alto impacto social de las funciones y actividades de la profesión de enfermería que representan el 70% de las intervenciones sanitarias; y consecuentemente una parte significativa del presupuesto hospitalario. Sin embargo, ello aún adolece de estándares e indicadores nacionales determinados como importantes para conocer los resultados de las intervenciones de enfermería y que hoy exigen su necesaria proyección e inserción en la estructura orgánica del nivel central y regional; en todos los niveles de atención, desde el I Nivel de promoción y prevención hasta los establecimientos de salud y entidades representativas del estado en materia de salud, cuya responsabilidad referida a la gestión del cuidado es muy alta. Hoy más que nunca se requiere la reivindicación de Enfermería sometida al olvido, a la postergación y a la imposición por largos años.

Es importante y de gravitante necesidad generar una estructura orgánica nacional de enfermería para la gestión del cuidado enfermero, sustentada en su propia naturaleza de atención y cuidado; en su gran variabilidad y complejidad, en la alta carga de trabajo. Requiere una división racional y efectiva del trabajo, delegación de autoridad y responsabilidad, descentralización, tramos de control, unidad de mando y alto impacto en la calidad y seguridad integral del paciente. Incluye lo físico, psíquico, mental, emocional, espiritual y social, que exigen su implementación prioritaria y formalizada. Eso responderá a la realidad del gran número de enfermeros que ejercen en la cada vez más exigente atención y cuidado de la salud a nivel nacional, con el apoyo del personal técnico y auxiliares de enfermería en actividades de menor complejidad.

Es así como se concentrarán los esfuerzos del equipo básico de enfermería, desde el nivel central en una acción conjunta para la prestación de servicios humanizada de calidad. Siempre en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles y requeridos. La estructura de enfermería organizada que se propone contribuirá en la disminución de los indicadores sanitarios. Supondría una contribución para disminuir la morbilidad y la mortalidad de los pacientes. Disminuir el índice de infecciones nosocomiales, complicaciones postoperatorias úlceras por presión, estadías hospitalarias prolongadas; mejor calidad de atención, mayor seguridad para los pacientes, disminución del tiempo de espera para procedimientos y como consecuencia mayor satisfacción de los usuarios. Ello se reflejará en los indicadores de impacto del estado de salud de la población.

Por lo tanto, es un imperativo social, moral y ético, que se apruebe una estructura orgánica dentro del presupuesto y cuadro analítico de personal; con ubicación relevante dentro de la estructura central del Ministerio de Salud, EsSalud, FFAA, PNP, municipios, organizaciones privadas, en los institutos altamente especializados, en los hospitales y en los establecimientos de salud de todos los niveles sanitarios, amparados en la Ley del trabajo del enfermero.

La **Estructura Organizacional de la Unidad Orgánica de Enfermería**, se sustenta en principios básicos de la administración y gestión en salud. El valor de la jerarquía bien definida consiste en determinar las funciones de cada nivel, reducir la confusión entre los líderes y los colaboradores, generar un acercamiento técnico- administrativo y operativo

eficiente en todas las instancias jerárquicas superiores que marque las funciones y responsabilidades diferenciada del grupo profesional de enfermería sin interferencia con otros grupos profesionales con quienes la coordinación será más eficiente y estructurada, tomando en consideración la división del trabajo, determina cómo se agrupan y coordinan las funciones, las actividades y las tareas en los equipos de gestión y de cada puesto de trabajo en los niveles operativos.

El desempeño de la enfermera (o) se basa en los principios enunciados en el Código de Ética y Deontología, los derechos de los usuarios, las normas legales del ejercicio profesional, así como en el manejo apropiado de las relaciones humanas.

El proceso de Gestión es asumido por la Directora de Enfermería con autonomía profesional, competencia y responsabilidad, como instrumento para conducir técnica, administrativa y gerencialmente los servicios de enfermería.

7.1 NORMAS GENÉRICAS A CONSIDERAR

- 1.Ley del Trabajo del Enfermera
- 2.Ley General de Salud
- 3.Normas para establecer y puntualizar el cuadro y presupuesto analíticos

7.2 ESTRATEGIAS

- 1.Establecer el **Modelo Conceptual** que guíe la prestación de la gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero, considerando las necesidades del usuario, los objetivos institucionales y un sistema de organización ad hoc con la participación estructurada de las enfermeras con cargo directivo a nivel nacional.
- 2.Elaborar políticas para el control y evaluación del desempeño, así como la productividad de los servicios de enfermería. (La evaluación del desempeño del personal de enfermería es responsabilidad de la gestora de los servicios de enfermería y está orientada al logro de los objetivos institucionales, así como a promover estrategias para el desarrollo del personal a su cargo)
- 3.Formular, revisar y actualizar los documentos técnico administrativos de la gestión, como: MOF, ROF, CAP, Planes Estratégicos y planes Operativos, los sistemas de trabajo, la asignación de funciones, normas. T ales como administración y gestión del recurso humano, gestión logística, manejo y control de recursos materiales, administración del funcionamiento de los servicios, modelo de atención de enfermería, guías de atención, procedimientos del cuidado integral de enfermería, registros de enfermería. Serán guías que facilitarán el cuidado enfermero a los usuarios.
- 4.Establecer indicadores y estándares para la atención, supervisión, evaluación y control de la gestión de la calidad del cuidado.
- 5.Establecer lineamientos para la gestión de recursos humanos, considerando la estimación de brecha oferta demanda y lograr la dotación de recursos humanos, según las necesidades de los usuarios y la brecha estimada.
- 6.Gestionar la implementación de plataformas virtuales para los registros de enfermería. Sustento: constituyen la evidencia de la intervención profesional, siendo el Proceso de Atención de Enfermería (por Ley) o el SOAPIE. Documentos fundamentales para tener conocimiento de la evolución del paciente, el planeamiento del cuidado, la continuidad de la prestación y la evaluación de las intervenciones. Se constituyen en fuente de datos para la evaluación del cuidado y como sustento del proceso de la mejora continua e investigación.
- 7.Establecer lineamientos para el fortalecimiento del desarrollo del personal de enfermería, desempeño profesional, mediante programas locales de capacitación nacional y programas de capacitación internacional según necesidades de los servicios. Permitirá el perfeccionamiento constante del trabajo de enfermería. El Programa de capacitación continua debe ser aprobado por la máxima autoridad de enfermería, de acuerdo con las necesidades de la institución. El acceso debe ser en forma equitativa, considerando a todo el personal de manera progresiva. Las horas de capacitación para la enfermera (o) deberá ser por lo menos de ochenta y cinco (80) horas al año equivalente a cinco (5) créditos.

7.3 SOBRE ESTRUCTURA ORGANICA DE ENFERMERÍA

- 1.El órgano de línea y la Unidad Orgánica de Enfermería Nacional será estructurada con dependencia de la máxima instancia de dirección del Ministerio de salud y contará con órganos de asesoría y de apoyo, así como el órgano de línea que se detallarán en el presente estudio, conforme lineamientos que establece la Ley del Trabajo de la Enfermera.
- 2.Enfermería debe contar con una estructura acorde al nivel correspondiente en la clasificación del establecimiento de salud, en los que se determina los niveles de autoridad y responsabilidad.
- 3.La estructura orgánica de enfermería debe graficarse en la estructura general de cada establecimiento de salud.
- 4.Cada puesto previsto en la organización de enfermería debe tener sus funciones claras, así como el perfil y requisitos de la enfermera (o) que ocupe el cargo.
- 5.Los cargos de dirección y jefaturas de enfermería no son cargos de confianza, se asumirán mediante concurso por estricto orden de méritos, acorde al reglamento previamente establecido, ningún directivo podrá obviar la Ley.

Los cargos directivos que se proponen estarán incluidos en el Presupuesto Analítico PA y Cuadro Analítico de Personal CAP de las unidades orgánicas desconcentradas de enfermería.

El Cuadro Analítico de Personal de Enfermería Nacional CAP, es una herramienta que va a proporcionar una visión general de la estructura del personal en la organización. Mostrando información como:

- a. El número total de personal de Enfermería, las categorías laborales las áreas de especialización, las calificaciones, los niveles de experiencia, los salarios, los beneficios, etc.
- b. La planificación estratégica de recursos humanos, ya que ayuda a la organización a comprender su fuerza laboral y a tomar decisiones informadas sobre contratación, capacitación, desarrollo profesional, entre otros.

El Cuadro de Asignación de Personal. Se utilizará para

- a. Programar y asignar al personal de enfermería en funciones específicas dentro de un período de tiempo determinado.
- b. Mostrar la distribución del personal en función, los turnos laborales, áreas, servicios o unidades de trabajo, responsabilidades, días libres, vacaciones, entre otros.
- c. Garantizar una cobertura adecuada del personal en diferentes áreas y en diferentes momentos, de acuerdo con las necesidades y los estándares de atención.

Los cargos directivos que se requieren para cumplir con las competencias establecidas en los correspondientes: Reglamentos de Organización y Funciones (ROF) de los establecimientos de salud, el mismo que debe mostrarla situación real de la estructura de cargos y del personal que viene desempeñando funciones permanentes, así como prever la estructura de cargos que se requiere para brindar un servicio de calidad.

7. La propuesta de los cargos de la unidad de enfermería se ha realizado en base a un estudio técnico **(12)**, teniendo como base para su determinación, la demanda de atención de salud de la población, la complejidad de la gestión de enfermería debido a la propia naturaleza de sus funciones, los objetivos a lograr, entre otros.

8. La estructura básica de los cargos de gestión de las unidades descentralizadas de enfermería, se establecen en correspondencia al nivel y complejidad de los establecimientos de salud. **(13)**

7.4 PLANIFICACIÓN DEL ÓRGANO DE LÍNEA Y LA UNIDAD ORGÁNICA DE ENFERMERÍA A NIVEL NACIONAL

La estructura organizativa de enfermería abordará varios elementos que contribuirán a su sólido y eficiente funcionamiento para planificar, organizar y dirigir las actividades de enfermería en diferentes proveedores de servicios de salud, alineadas e integradas. Los elementos clave incluyen:

1. **Planificación estratégica.** Análisis detallado de las necesidades de atención de la salud y de enfermería en la comunidad. Establecer metas y objetivos claros para los establecimientos de salud, considerando las tendencias demográficas, epidemiológicas y las expectativas de las personas sanas y enfermas, su familia y la comunidad.
2. **Gestión y liderazgo efectivos.** Seleccionar líderes para la conformación inicial de la estructura orgánica de enfermería a nivel nacional: directoras de enfermería, jefes de departamento de enfermería, supervisoras, jefes de servicios de enfermería; con competencias y habilidades blandas para planificar, organizar, dirigir, evaluar y elaborar las normas técnico administrativas que regirán a nivel nacional. Conformar equipos de alto nivel encargados de liderar y coordinar el personal de enfermería en el sistema de salud y supervisores de enfermería; ellos serán responsables del monitoreo, supervisión y evaluación directa de los equipos de enfermería, recursos, así como de la prevención y solución de situaciones y toma de decisiones en los servicios a su cargo. Fomentar un liderazgo participativo que involucre a los profesionales de enfermería en la toma de decisiones.
3. **Gestión del personal de enfermería.** Está conformado por enfermeras/os asistenciales y especializadas, con diversas especialidades y grados académicos, por personal técnico de enfermería y auxiliares de enfermería a quienes se les delega actividades y tareas de menor complejidad en la atención de necesidades higiene y confort a los pacientes.
4. **Organización jerárquica.** Define roles y responsabilidades claras para cada nivel de personal, desde el personal operativo, hasta el nivel estratégico, es decir desde personal auxiliar o técnico de enfermería y enfermeros principiantes hasta líderes de enfermería.
5. **Políticas de calidad y protocolos.** Normativas internas, regulaciones y políticas que guían la práctica de enfermería y aseguran el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad. Busca fomentar una cultura de seguridad centrada en la prevención de errores y eventos adversos. Implementar reportes de incidentes y aprendizaje organizacional; También asegurarse de que todo el personal esté informado y capacitado sobre las políticas vigentes.
6. **Desarrollo de personal de enfermería.** Educación continua, programas de formación y desarrollo dirigidos al personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería que proporcionan oportunidades para la actualización y mejora continua de las habilidades y conocimientos.
7. **Comités y grupos de trabajo.** Comité de Ética, aborda cuestiones éticas, bioéticas y deontológicas relacionadas con la atención al paciente. Comités de Calidad y Seguridad, se enfocan en mejorar la calidad y seguridad de la atención y el cuidado holístico al usuario.
8. **Tecnología de la Información en Salud (TIC):** Sistemas de Información en Enfermería que faciliten la gestión técnico- administrativa, documentaria y de los registros de enfermería, así como el seguimiento y evaluación de la atención brindada. Actualizar al personal en el uso de nuevas tecnologías y aplicaciones para el trabajo sistematizado.
9. **Gestión eficiente de recursos.** Asignación de recursos financieros para las compensaciones económicas del personal, la formación, la tecnología y otros aspectos claves en la gestión; así como recursos materiales necesarios para el ejercicio profesional de enfermería, la seguridad de los usuarios y la satisfacción plena de los pacientes. Gestionar adecuadamente los recursos financieros y materiales. Implementar sistemas eficientes de programación de personal.

¹² Informe Técnico prestado por el Mg. Espinoza G.D.

¹³ Aporte realizado por Mg. Rosa Roncal

10. **Evaluación y mejora continua de la calidad.** Establecer programas de evaluación de calidad para medir el desempeño del personal y la satisfacción del paciente que incentiven el mejor rendimiento individual y colectivo del personal de enfermería. Utilizar datos para identificar áreas de mejora y tomar medidas correctivas.

11. **Participación comunitaria.** Involucrar a la comunidad en la planificación y evaluación de servicios de salud. Recopilar comentarios de los pacientes para mejorar la calidad de la atención.

12. **Colaboración interdisciplinaria.** Trabajo en equipo, comunicación y colaboración con otros profesionales de la salud para proporcionar atención integral al paciente, para ejercer la docencia y capacitación en servicio, así como la investigación. Establecer reuniones periódicas para revisar casos y discutir estrategias de atención integral.

Estos elementos trabajan en conjunto para establecer una estructura orgánica sólida en el campo de la enfermería, garantizando una atención de calidad, una gestión eficiente de los recursos disponibles y la satisfacción del usuario interno y del externo.

VIII. ORGANIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE ENFERMERÍA A NIVEL CENTRAL

Siendo el Ministerio de Salud el Órgano Rector del Sistema Sanitario del País, el órgano de línea y la Unidad Orgánica Nacional de Enfermería tienen dependencia inmediata y directa del Ministro de Salud, según Ley del Trabajo de Enfermera N° 27669 y la dirige y representa la Directora Nacional de Enfermería; y esta a su vez tiene un trabajo articulado con todos los niveles que conforman la estructura de enfermería: las direcciones ejecutivas de enfermería, con las direcciones regionales de enfermería y con las direcciones operativas de enfermería del I Nivel de Atención, II Nivel de y I III Nivel de Atención.

Las Unidades orgánicas de los establecimientos de salud contarán con una estructura que responda a su nivel de complejidad. Ello permitirá una gestión planificada, organizada, efectiva y eficiente que garantice la salud de la población; con procesos estructurados, estandarizados, reproducibles y medibles a corto, mediano y largo plazo; así como una relación estrecha para analizar los indicadores de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención.

A manera de referencia es preciso mencionar que el Dr. David Tejada de Rivero, ex Ministro de Salud, que se desempeñó además en el cargo de Sub-Director General de la Organización Mundial de la Salud, OMS, experto en salud pública; mencionaba en todas sus exposiciones: “necesitamos un ejército de enfermeras en el primer nivel de atención, si queremos tener salud para todos y si queremos tener óptimos resultados con los pacientes hospitalizados, debemos tener una sólida estructura y una dotación adecuada de personal de enfermería”.

CAPÍTULO I:

ESTRUCTURA ORGÁNICA



Estructura orgánica. La estructura orgánica está constituida por de la Unidad Orgánica Nacional de Enfermería es la siguiente:

01 ALTA DIRECCIÓN

- 01.1 Dirección Nacional de Enfermería
- 01.2 Subdirección Nacional de Enfermería

COORDINACIÓN DIRECTA

01.3 Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

01.4 Secretaría General

01.4.1 Oficina de Transparencia y Anticorrupción

01.4.2 Oficina de Gestión Documental y Atención al Ciudadano

01.4.3 Escuela de Salud Pública

02 ÓRGANOS CONSULTIVOS

Colegio de Enfermeros del Perú ASPEFEEN

ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN INTERNA

03 ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO

03.1 Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización

03.2 Oficina de Organización y Modernización

03.3 Oficina General de Control y Gestión Descentralizada

03.4 Oficina General de Asesoría Jurídica

03.5 Oficina General de Cooperación Técnica Nacional e Internacional

04. ÓRGANOS DE APOYO

04.1 Oficina General de Administración

04.2 Oficina de Gestión de Recursos Humanos

04.3 Oficina de Desarrollo de Recursos Humanos

04.4 Oficina General de Tecnologías de la Información

04.5 Oficina de Gestión de la Información y Desarrollo Tecnológico

04.6 Oficina General de Comunicaciones Estratégica

05 ÓRGANOS DE LÍNEA

07.1 Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

.07.1.8 Dirección de Inmunizaciones. 07.1.8 Dirección de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis. 6 07.1.9 Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis. 07.1.10 Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis. 07.1.11 Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral. 07.1.12 Dirección de Promoción de la Salud. 07.2 Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria- DIGESA. 07.2.1 Dirección de Certificaciones y Autorizaciones. 07.2.2 Dirección de Control y Vigilancia. 07.2.3 Dirección de Fiscalización y Sanción. 07.3 Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. 07.3.1 Dirección Productos Farmacéuticos. 07.3.2 Dirección de Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. 07.3.3 Dirección de Inspección y Certificación. 07.3.4 Dirección de Farmacovigilancia, Acceso y Uso.



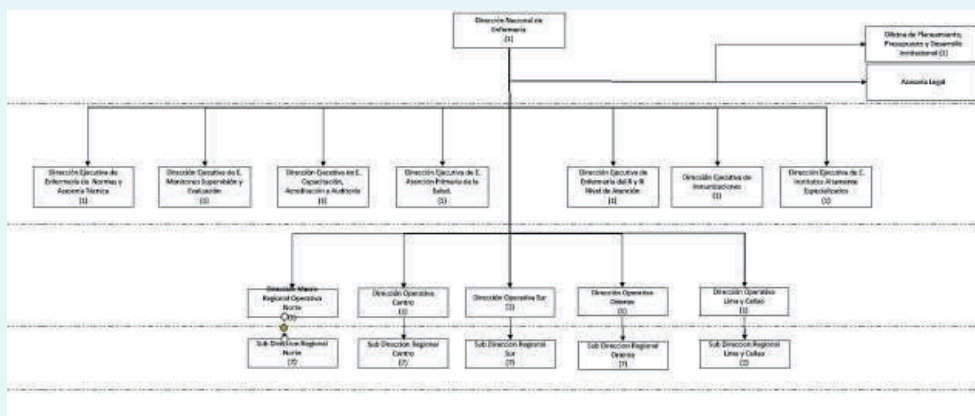
PRONAHEBAS. DESPACHO VICEMINISTERIAL DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD

07.6 Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional. 07.6.1 Dirección de Aseguramiento en Salud. 07.6.2 Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud. 07.7 Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias. 07.7.1 Dirección de Telemedicina. 07.7.2 Dirección de INFOSALUD.

07.7.3 Dirección de Servicios de Atención Móvil de Urgencias. 07.8 Dirección General de Operaciones en Salud. 07.8.1 Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Gestión en Salud. 07.8.2 Dirección de Equipamiento y Mantenimiento. 07.9 Dirección General de Personal de la Salud. 07.9.1 Dirección de Planificación del Personal de la Salud. 07.9.2 Dirección de Fortalecimiento de Capacidades del Personal de la Salud. 7 08 ÓRGANOS DESCONCENTRADOS 8.1. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. 8.2. Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud. 8.3. Direcciones de Redes Integradas de Salud. 8.4. Institutos Nacionales Especializados. (1)

1 Informe Técnico prestado por Mg. Espinoza G.D.

8.1 PROPUESTA DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE ENFERMERÍA NACIONAL



8.2 CARGOS EN LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE ENFERMERÍA NACIONAL

NIVEL ESTRUCTURAL	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	UNIDAD ORGÁNICA	CARGO
CENTRAL NACIONAL	Alta	Nacional	DIRECCIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA
	Alta	Nacional	1. Dirección Ejecutiva de Normas y Asesoría Técnica
	Alta	Nacional	2. Dirección Ejecutiva de Gestión del Cuidado enfermero. (Monitoreo Supervisión y Evaluación de la Calidad del Cuidado Enfermero)
	Alta	Nacional	3. Dirección Ejecutiva de Desarrollo del Personal de Enfermería. (Capacitación, Docencia, Certificación, Acreditación y Auditoría).
	Alta	Nacional	4. Dirección Ejecutiva del I Nivel de Atención.
	Alta	Nacional	5. Dirección Ejecutiva del II y III Nivel de Atención.
	Alta	Nacional	6. Dirección Ejecutiva de Inmunizaciones.
			7. Dirección Ejecutiva de Institutos Altamente Especializados

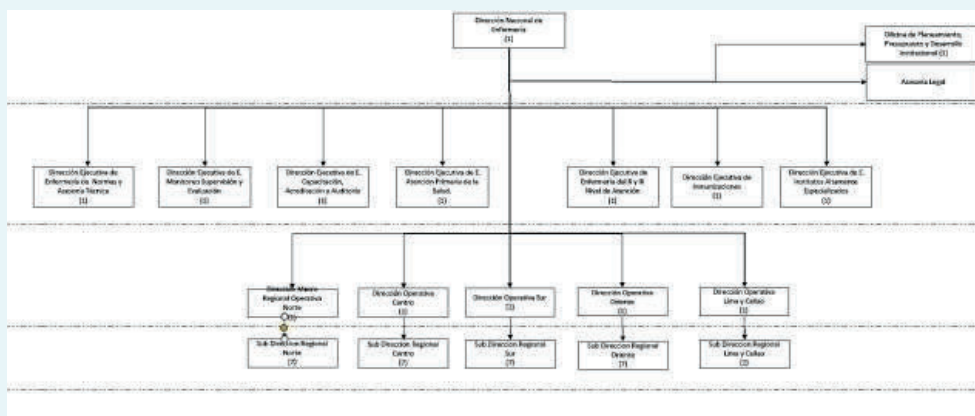
PRONAHEBAS. DESPACHO VICEMINISTERIAL DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD

07.6 Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional. 07.6.1 Dirección de Aseguramiento en Salud. 07.6.2 Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud. 07.7 Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias. 07.7.1 Dirección de Telemedicina. 07.7.2 Dirección de INFOSALUD.

07.7.3 Dirección de Servicios de Atención Móvil de Urgencias. 07.8 Dirección General de Operaciones en Salud. 07.8.1 Dirección de Monitoreo y Evaluación de la gestión en Salud. 07.8.2 Dirección de equipamiento y Mantenimiento. 07.9 Dirección General de Personal de la Salud. 07.9.1 Dirección de Planificación del Personal de la Salud. 07.9.2 Dirección de Fortalecimiento de Capacidades del Personal de la Salud. 7 08 ÓRGANOS DESCONCENTRADOS 8.1. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. 8.2. Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud. 8.3. Direcciones de Redes Integradas de Salud. 8.4. Institutos Nacionales Especializados. (1)

1 Informe Técnico prestado por Mg. Espinoza G.D.

8.1 PROPUES TA DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE ENFERMERÍA NACIONAL



8.2 CARGOS EN LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE ENFERMERÍA NACIONAL

NIVEL ESTRUCTURAL	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	UNIDAD ORGÁNICA	CARGO
CENTRAL NACIONAL	Alta	Nacional	DIRECCIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA
	Alta	Nacional	1. Dirección Ejecutiva de Normas y Asesoría Técnica
	Alta	Nacional	2. Dirección Ejecutiva de Gestión del Cuidado enfermero. (Monitoreo Supervisión y Evaluación de la Calidad del Cuidado Enfermero)
	Alta	Nacional	3. Dirección Ejecutiva de Desarrollo del Personal de Enfermería. (Capacitación, Docencia, Certificación, Acreditación y Auditoría).
	Alta	Nacional	4. Dirección Ejecutiva del I Nivel de Atención.
	Alta	Nacional	5. Dirección Ejecutiva del II y III Nivel de Atención.
	Alta	Nacional	6. Dirección Ejecutiva de Inmunizaciones.
			7. Dirección Ejecutiva de Institutos Altamente Especializados

8.2 CARGOS EN LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE ENFERMERÍA NACIONAL

NIVEL ESTRUCTURAL	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	UNIDAD ORGÁNICA	CARGO
CENTRAL NACIONAL	Alta	Nacional	DIRECCIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA
	Alta	Nacional	1. Dirección Ejecutiva de Normas y Asesoría Técnica
	Alta	Nacional	2. Dirección Ejecutiva de Gestión del Cuidado enfermero. (Monitoreo Supervisión y Evaluación de la Calidad del Cuidado Enfermero)
	Alta	Nacional	3. Dirección Ejecutiva de Desarrollo del Personal de Enfermería. (Capacitación, Docencia, Certificación, Acreditación y Auditoría).
	Alta	Nacional	4. Dirección Ejecutiva del I Nivel de Atención.
	Alta	Nacional	5. Dirección Ejecutiva del II y III Nivel de Atención.
	Alta	Nacional	6. Dirección Ejecutiva de Inmunizaciones.
	Alta	Nacional	7. Dirección Ejecutiva de Institutos Altamente Especializados

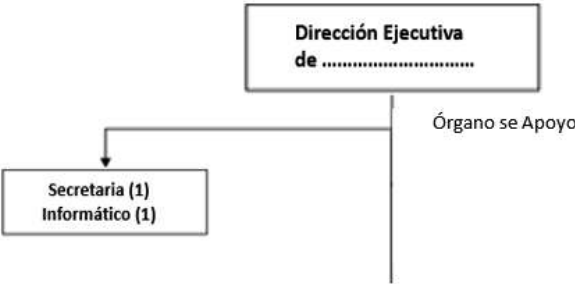
8.3 ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE ENFERMERÍA A NIVEL CENTRAL



8.4 ÓRGANO DE ASESORÍA Y ÓRGANO DE APOYO DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA



8.4.1 ÓRGANO DE APOYO DE LAS DIRECCIONES NACIONALES DE ENFERMERÍA



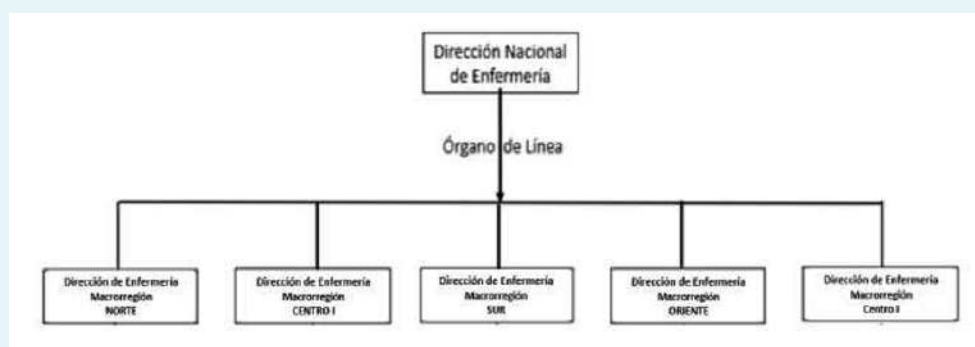
8.5 ESTRUCTURA DE ENFERMERÍA DEL NIVEL MACRO REGIONAL (05)

NIVEL ESTRUCTURAL	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	UNIDAD ORGÁNICA	CARGOS DIRECTIVOS
Central	Alta/Intermedia	Norte	1.Dirección Macrorregional de Enfermería Norte: (5) Cajamarca, La Libertad, Lambayeque, Piura, Centro
	Tumbes. Alta/Intermedia	Enfermería Centro 1:	2.Dirección Macrorregional de
	Alta/Intermedia	Sur	(6) Ancash, Ayacucho, Cerro de Pasco, Huánuco, Huancavelica, Junín. 3.Dirección Macrorregional de Enfermería Sur:

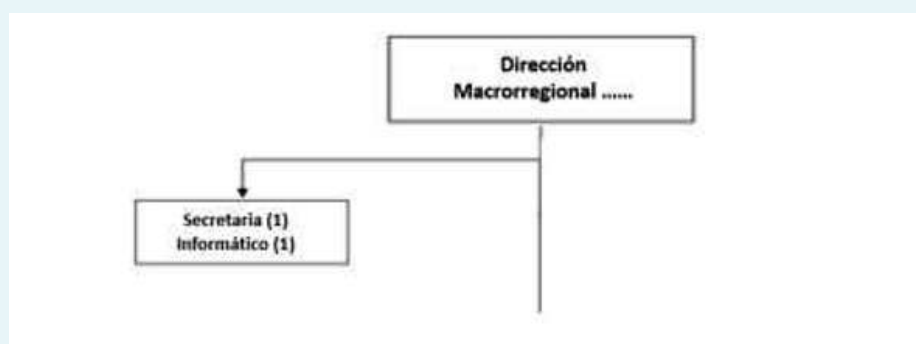
(6) Arequipa, Apurímac, Cusco, Madre de Dios, Moquegua, Tacna

NIVEL ESTRUCTURAL	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	UNIDAD ORGÁNICA	CARGOS DIRECTIVOS
	Alta/Intermedia	Oriente	4.Dirección Macrorregional de Enfermería Oriente: (5) Amazonas, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Ucayali.
	Alta/Intermedia	Nacional	5.Dirección Macrorregional de Enfermería Centro 2: (3) Lima, Callao e Ica.

8.6 ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE ENFERMERÍA A NIVEL MACRO REGIONAL Y REGIONAL



8.6.1. ÓRGANO DE APOYO DE LAS DIRECCIONES MACRO REGIONALES DE ENFERMERÍA





8.7 ESTRUCTURA DE ENFERMERÍA A NIVEL REGIONAL

Esta estructura intermedia, reúne una importancia gravitante para alinea los planes estratégicos, planes operativos regionales y locales, así como unificar modelos de gestión de los servicios de enfermería y metodologías sobre los procesos propios de enfermería, como el Proceso de Atención de Enfermería, el cálculo de la brecha de personal de enfermería, el abordaje de las estrategias para fortalecer la calidad del cuidado, entre otros.

Número	Nivel de responsabilidad y autoridad	AUTORIDAD REGIONAL	CARGOS DIRECTIVOS
1	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Amazonas	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región AMAZONAS
2	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Ancash	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región ANCASH
3	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Apurímac	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región APURÍMAC
4	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Arequipa	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región AREQUIPA
5	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región
Número	Nivel de responsabilidad y autoridad	AUTORIDAD REGIONAL	CARGOS DIRECTIVOS
		Ayacucho	AYACUCHO
6	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Cajamarca	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región CAJAMARCA
7	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Callao	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región CALLAO
8	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Cusco	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región CUSCO
9	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Huancavelica	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región HUANCVELICA
10	Alta/ mediana	Dirección regional de Salud Huánuco	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región HUÁNUCO
11	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud a Ica	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región ICA
12	Alta/ mediana	Dirección regional de Salud Junín	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región JUNÍN
13	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud La Libertad	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región LA LIBERTAD
14	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Lambayeque	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región LAMBAYEQUE
14	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Lima	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región LIMA
16	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Loreto	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región LORETO
17	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Madre de Dios	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región MADRE DE DIOS
18	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Moquegua	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región MOQUEGUA

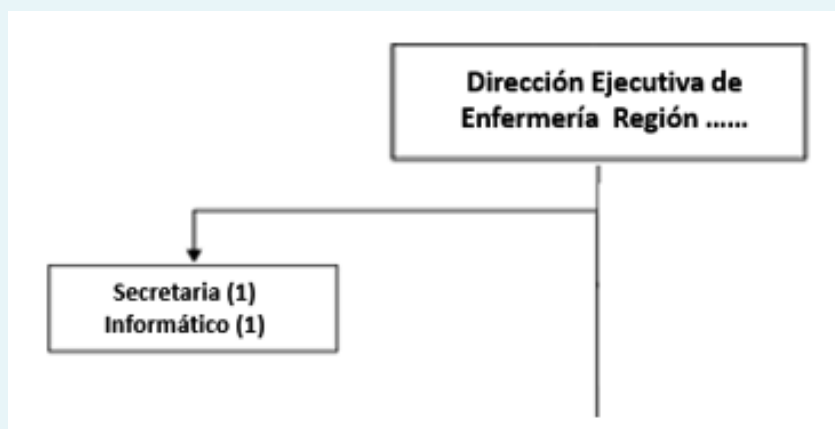


19	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud de Pasco	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región PASCO
20	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Piura	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región PIURA
21	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Puno	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región PUNO
22	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud San Martín	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región SAN MARTÍN
23	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Tacna	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región TACNA
24	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Tumbes	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región TUMBES
25	Alta/ mediana	Dirección Regional de Salud Ucayali	Dirección Ejecutiva de Enfermería la Región UCAYALI

8.7.1 ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE ENFERMERÍA A NIVEL MACRO REGIONAL Y REGIONAL



8.7.2 ÓRGANO DE APOYO DE LAS DIRECCIONES REGIONALES DE ENFERMERÍA



8.8 NIVELES DE COMPLEJIDAD Y CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

**CUADRO N° 1:
NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD Y CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS
DEL SECTOR SALUD**

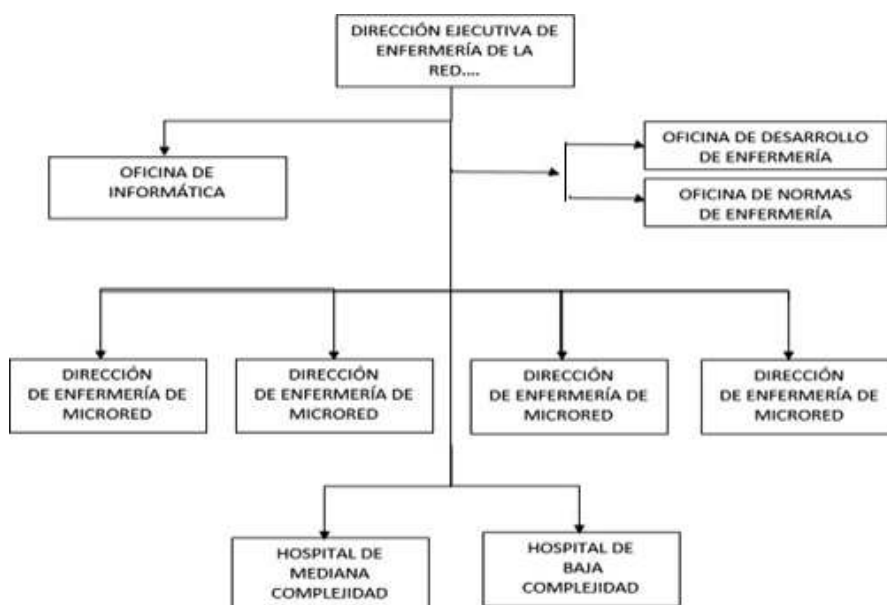
NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Primer Nivel de Atención	1º Nivel de Complejidad	I - 1
	2º Nivel de Complejidad	I - 2
	3º Nivel de Complejidad	I - 3
	4º Nivel de Complejidad	I - 4
Segundo Nivel de Atención	5º Nivel de Complejidad	II - 1
	6º Nivel de Complejidad	II - 2
Tercer Nivel de Atención	7º Nivel de Complejidad	III - 1
	8º Nivel de Complejidad	III - 2

Fuente: MINSA Norma Técnica 021 Categorización de Establecimientos de Salud Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417289/-96756186456542684920191106-32001-y0i6dv.pdf?v=1573077107>

8.9 ESTRUCTURALDE ENFERMERÍA EN LAS REDES Y MICROREDES DE SALUD

- La Dirección Ejecutiva de Enfermería de la RED, depende estructuralmente de la Dirección Regional de Enfermería.
- La Dirección de Enfermería de MICRORED, depende estructuralmente de la Dirección Ejecutiva de Enfermería de la RED.

8.10 ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE ENFERMERÍA A NIVEL REDES Y MICRO REDES



8.11 CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS POR INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD

CUADRO N° 2 (REFERENCIAL) CATEGORÍAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ACUERDO A LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD	
CATEGORÍAS DEL SECTOR SALUD	MINISTERIO DE SALUD
I – 1	Puesto de Salud
I – 2	Puesto de Salud con Médico
I – 3	Centro de Salud sin Internamiento
I – 4	Centro de Salud con Internamiento
II – 1	Hospital I
II – 2	Hospital II
III – 1	Hospital III
III – 2	Instituto especializado

8.12 ESTRUCTURAS DE ENFERMERÍA SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Tanto el Nivel Primario de salud, como los niveles especializados de hospitalización, revisten una importancia gravitante en el sistema sanitario, urge por ello fortalecer los programas de promoción de la salud, con la intervención de mayor número de enfermeras en el Primer, Segundo y Tercer Nivel para lograr eficacia en la prevención de riesgos y enfermedades, en la recuperación y la rehabilitación.

La población asistida presenta enfermedades o afecciones que impactan la vida familiar, laboral, social y espiritual de las personas; de ahí la necesidad de centrar las acciones de enfermería en forma holística en el usuario, la familia y su entorno y de contar con condiciones de trabajo que garanticen la dotación de equipos, material e insumos necesarios.

Los pacientes pueden requerir atención de enfermería de diferente grado de dependencia, en cualquier momento, de diversas complejidades. Para responder a estos requerimientos el personal de enfermería debe contar con una estructura organizativa que sea capaz de asumir su responsabilidad y genuino compromiso con las necesidades de la población; en cualquier turno, contando con los recursos humanos y recursos materiales necesarios.

NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO	COMPLEJIDAD	UNIDAD ORGÁNICA	CARGOS
			- Directora de Enfermería I Nivel de Atención - Jefa de Dpto. de Enfermería DIRIS NORTE - Jefa de Dpto. de Enfermería DIRIS Centro - Jefa de Dpto. de Enfermería DIRIS Este - Jefa de Dpto. de Enfermería DIRIS Oeste
I - 1 I - 2	Puestos de Salud sin y con médico	Servicio de Enfermería	1. Jefe de Servicio de Enfermería 2. Coordinadoras del cuidado
I - 3 I - 4	Centros sin y con Internamiento	Departamento de Enfermería	1. Jefe de Departamento de Enfermería 2. Supervisoras del Cuidado y 3. Coordinadoras del cuidado
II - 1	Hospitales generales	Dirección de Enfermería	1. Directora de Programa Sectorial/ Jefe de Departamento de Enfermería 2. Supervisoras (Una por cada 50 camas) 3. Jefes de Servicio. 4. Coordinadoras del cuidado
II - 2	Hospital Regional	Dirección de Enfermería	- Directora de Programa Sectorial -Jefe de Departamento de Enfermería - Supervisoras (Una por cada 50 camas) - Jefes de Servicio. - Coordinadoras del cuidado
III - 1	Hospital Nacional- Regional	Dirección Ejecutiva o Gerencia de Enfermería	Directora/ Gerente Ejecutiva de Enfermería 04 Jefes de Departamento Adjuntas - Supervisoras (Una por cada 50 camas) - Jefes de Servicio.
III - 2	Institutos Nacionales y Regionales: 1. Instituto Nacional del Corazón, INCOR 2. I.N. de Enfermedades Neoplásicas INEN 3. I. Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN Sur 4. IREN Norte. 5. IREN Centro. 6. I.N. del Niño, INN 7. INN San Borja INNSB 8. I.N. Materno Perinatal, INMPN 9. I.N. de Oftalmología, INO 10. IRO	Dirección General de Enfermería	1. Directora General de Enfermería - 4 Jefas de Departamento de Enfermería 1. Calidad de la Gestión del Cuidado Enfermero. 2. Auditoría, Certificación y Acreditación. 3. Desarrollo del Persona de Enfermería: (Capacitación, Docencia, Investigación, Pasantías) 4. Pedagogía Sanitaria: (Pacientes, familia, cuidadores). - Supervisoras - Enfermeras Jefes de Servicios - Sub-Jefes de Servicio

NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO	COMPLEJIDAD	UNIDAD ORGÁNICA	CARGOS
	11. I.N. de Ciencias Neurológicas INCNI 12. INSM Salud Mental		

- 
1. INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA **INO** DR. FRANCISCO CONTRERAS C.
 2. INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA **IRO**
 3. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO **INN**
 4. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD NIÑOS ANBORJA **INNSB**
 5. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS **INEN**
 6. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - **IREN**
 7. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL CENTRO - **IREN C**
 8. I. REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - NORTE - DR. LUIS PINILLOS GANOZA **IRENN**
 9. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO- HIDEYO NOGUCHI" **INSM**
 10. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL **INMP**
 11. INSTITUTO NACIONAL DE DECIENCIAS NEUROLÓGICAS - **INCN**
 12. INSTITUTO NACIONAL DEL CORAZÓN ESSALUD - **INCOR**

IX. CONCLUSIÓN

Los cargos propuestos por el Colegio de Enfermeros del Perú, responden a la gran necesidad de generar un orden profesional a través de una estructura viva, con proyección a proteger la salud de la población, para potenciar la salud y garantizar la calidad del cuidado holístico de enfermería. Esta estructura forma parte de la organización del sistema nacional de salud, que garantizará la seguridad del paciente, la calidad del cuidado integral de la persona, la familia y la comunidad.

Los cargos de mayor autoridad y responsabilidad y los actualmente vigentes serán designados por estricto concurso de méritos, y deberán encontrarse registrados y aprobados en el Cuadro de Asignación de Personal y contar con la compensación económica que corresponde a las profesionales en igualdad de condiciones sin discriminación. Los cargos directivos de las Enfermeras en la Red y Micro red de salud estarán respaldados por las siguientes Resoluciones: Resolución Ministerial N° 527-2003 SA/DM y la Resolución Ministerial N° 053- 2005/MINSA, (Anexos)

Los cargos de Enfermería responden a los requerimientos de salud de la población; hemos esperado más de cuarenta años para rescatar la labor de salud pública que enfermería tenía, por lo cual logró un gran avance en inmunizaciones, se abolió la Polio, la Viruela, el Sarampión, entre otras, se disminuyó drásticamente la incidencia de enfermedades infectocontagiosas, se incentivó el autocuidado y que fue desactivado por la intervención política de algunos profesionales interesados en mantener el poder, hoy vivimos un estado de democracia y necesitamos hacer frente a la problemática de salud del país con la que enfermería, está totalmente comprometida por la naturaleza de sus funciones, por su real identificación con la salud de los ciudadanos.

Aún estamos muy lejos de lograr la dotación real de enfermeras, iremos avanzando con orden y sustento técnico administrativo y gerencial.

Este es un proyecto de inversión para nuestro país, más salud para todos, mejores condiciones de trabajo, incremento de las plazas para asentar la estructura orgánica de enfermería, mayor número de personas cuidando su salud, menor cantidad de pacientes hospitalizados, optimización de la calidad, satisfacción del usuario y mayor ahorro para el estado.



ANEXO 1

Proyecto de Decreto Supremo que crea la DIRECCION NACIONAL DE ENFERMERIA y sus dependencias

DECRETO SUPREMO

CREA LA DIRECCION NACIONAL DE ENFERMERIA

Y LOS CARGOS NACIONALES, REGIONALES Y LOCALES QUE REQUIERE EL PAÍS CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, los literales b) y h) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluarla política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud;

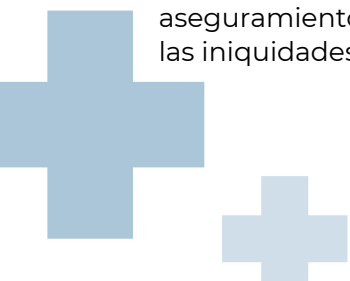
Que, de acuerdo a la Ley acotada “el Ministerio de Salud es un organismo del Poder Ejecutivo, órgano rector en materia de salud a nivel nacional, con personería jurídica de derecho público y constituye un pliego presupuestal”;

Que, mediante el Artículo N° 4 del citado Decreto Legislativo, se dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, de acuerdo al Artículo N° 4° de la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, la potestad rectora del Ministerio de Salud comprende entre otras la facultad que tiene para normar, en materia de salud.

Que, de acuerdo a lo establecido en el numeral 4-A2 del Artículo N° 4° de la ley acotada, el Ministerio de Salud, es el ente rector del Sistema Nacional de Salud, y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas."

Que, de acuerdo al Artículo N° 5° de la Ley señalada en el párrafo precedente, son funciones rectoras del Ministerio de Salud entre otras, a) Conducir, regular y supervisar el Sistema Nacional de Salud, b) Formular, ejecutar y evaluar la política nacional y sectorial y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, c) Supervisar y evaluar la implementación de políticas, acciones e intervenciones en materia de investigación, innovación y tecnologías en salud, d) Dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, e) Establecer las normas y políticas para fortalecer y garantizar el acceso al aseguramiento universal en salud en el país, proponer la gestión de procesos a fin de reducir las inequidades.



Que, de acuerdo al Artículo N° 8° de la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, la estructura orgánica que establece y desarrolla la estructura y las funciones correspondientes al Despacho Ministerial, Despachos Viceministeriales, Secretaría General, Órganos de Línea, de Administración Interna y de Control Institucional, se regulan en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Que, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 054-2008 mediante el cual se aprueban los Lineamientos de Organización del Estado, los Decretos Supremos son normas de carácter general que regulan la actividad sectorial funcional o multisectorial funcional a nivel nacional.

Que, de acuerdo a lo establecido en el Artículo N° 4 de la Ley 27658, el proceso de modernización de la gestión del Estado tiene como finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos. siendo el objetivo entre otros alcanzar un Estado con servidores públicos calificados y adecuadamente remunerados.

OMS. CIE, Expresan que de un total de 82 países de los 115 que respondieron (71%) declararon contar con una Estructura Nacional el sector de la enfermería que se encarga de hacer aportaciones a las políticas de enfermería y de salud. En 78 países (el 53% de los que respondieron) se dispone de un programa nacional de fomento del liderazgo en la enfermería. La presencia de puestos de funcionarios directoras de los servicios públicos de enfermería (o equivalente) y la existencia de un programa de liderazgo en la enfermería están asociadas con un entorno regulatorio más sólido en el sector. OMS. CIE.

Las autoridades de enfermería gubernamentales deberían trabajar en igualdad de condiciones con otros directivos profesionales de la salud en la toma de decisiones estratégicas que repercutan en la planificación de los servicios de salud encaminados a satisfacer las necesidades de salud de la población.

A nivel nacional, estos puestos deben tener responsabilidades y recursos para la gobernanza y la gestión de los recursos humanos de enfermería, así como para impulsar el intercambio y el análisis de datos sobre enfermería, convocar a las partes interesadas para entablar un diálogo político y dirigir la toma de decisiones basada en datos. OMS. Asegurar que se asigne un presupuesto a los programas nacionales y regionales. Exigir la igualdad de oportunidades diferenciadas para el OMS OMS Disponible:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/351147/9789240036529-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Con la opinión favorable del Ministerio de Salud; y, con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros.

DECRETA:

Artículo 1.- SE CREA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA Y SUS DEPENDENCIAS NACIONALES, REGIONALES Y LOCALES.

La Dirección Nacional de enfermería, es la unidad orgánica de Enfermería, Órgano técnico Rector, encargado de establecer y desarrollar políticas a fin de normalizar, regular, asesorar, conducir, y controlar la gestión de la calidad del cuidado holístico de enfermería, a la persona, familia y comunidad en el ámbito institucional y comunitario, respondiendo a objetivos de salud del país, contribuyendo a mejorar la calidad de salud y de vida de los habitantes, así como al desarrollo del país, fundamentado en evidencia.



Responsable de crear, divulgar y facilitar los procesos y la utilización de las herramientas técnico – administrativas; de normar, reglamentar Manuales, Protocolos, Guías metodológicas, Modelos de atención ágiles, que permitan actuar con celeridad, oportunidad y seguridad al personal de enfermería en la prestación de servicios de calidad, que se ofertan en los diferentes niveles de atención, aplicando estrategias para su fiel cumplimiento. Estableciendo vínculos estrechos de coordinación para la formación de pre y post grado, la capacitación continua en servicio, así como la certificación de las competencias profesionales.

Dependiente del Ministro de Salud. Para otros efectos, coordina con el Despacho Viceministerial de salud pública y de prestaciones y aseguramiento en salud.

MISIÓN

Ser la unidad técnica, administrativo - gerencial responsable de normalizar, asesorar, conducir y controlar la gestión de la calidad del cuidado holístico de enfermería y la atención integral y equitativa de la salud de la población, para que sea de calidad, calidez, equidad y oportunidad a la persona, a las familias y a la comunidad, con capacitación permanente, asegurando las competencias profesionales e implementación de las mejores prácticas, en los diferentes escenarios en que se desenvuelve.

VISIÓN

Ser Instancia rectora líder de los procesos de gestión y regulación de la gestión del cuidado holístico de enfermería en todas las instituciones y establecimientos que integran el Sistema Nacional de Salud, con el número adecuado de potencial humano, que garantice una atención integral con calidad, trato digno y seguridad a los usuarios. Fomentando la coordinación interprofesional y la investigación basada en la evidencia

Artículo 2.- ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA.

La Dirección Nacional de Enfermería depende del Ministro de Salud y coordina con todas las instancias del Ministerio de salud.

La estructura orgánica de la Unidad Orgánica de Enfermería a nivel central y nivel operativo está conformada de la siguiente manera:

2.1 Órgano de dirección

a. Dirección Nacional de Enfermería

2.2 Órgano de asesoramiento

- a. Oficina de Asesoría técnica en Planeamiento y Presupuesto Institucional.
- b. Asesoría Legal.

2.3 Órgano de apoyo

Oficina de administración:(3)Un Administrador. Un comunicador. Un conserje.

Oficina de informática:(3)Un Ingeniero de Sistemas. Un estadístico. Un ingeniero Informático.

Personal de secretaría.(3)Dos digitadoras. Una secretaria ejecutiva.



2.4 Órgano de línea

DIRECCIONES EJECUTIVAS DE ENFERMERÍA

1. Dirección Ejecutiva de Normas y Asesoría Técnica.
2. Dirección Ejecutiva de Gestión del Cuidado Enfermero (Monitoreo Supervisión y Evaluación de la Calidad del Cuidado Enfermero.
3. Dirección Ejecutiva de Desarrollo del Personal de Enfermería. (Capacitación, Certificación, Acreditación y Auditoría)
4. Dirección Ejecutiva del Personal de Enfermería del I Nivel de Atención.
5. Dirección Ejecutiva del Personal de Enfermería. II Nivel de Atención.
6. Dirección Ejecutiva del Personal de Enfermería III Nivel de Atención.
7. Dirección Ejecutiva de Inmunizaciones.
8. Dirección Ejecutiva del Personal de Enfermería. de cada Instituto Altamente Especializado.

Direcciones Macrorregionales: 5

1. Dirección de Enfermería de la Macro región Norte.
 - (5) Cajamarca, La Libertad, Lambayeque, Piura, Tumbes.
2. Dirección de Enfermería de la Macro región Centro I.
 - (3): Lima, Callao e Ica.
3. Dirección de Enfermería de la Macro región. Centro II.
 - (6): Ancash, Ayacucho, Cerro de Pasco, Huánuco, Huancavelica, Junín.
4. Dirección de Enfermería de la Macro región Sur:
 - (6) Arequipa, Apurímac, Cusco, Madre de Dios, Moquegua, Tacna.
5. Dirección de Enfermería de la Macro región Oriente.
 - (5) Amazonas, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Ucayali.

Direcciones Regionales de enfermería: 25

- 25 Direcciones Ejecutivas Regionales de Enfermería. (una por región) Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali.

2.5 RELACIONES DEL CARGO DE DIRECTORANACIONAL DE ENFERMERÍA

A. Relaciones Internas:

- a. Ministerio de Salud
- b. Todas sus dependencias

B. Relaciones Externas:

- a. Ministerio de Educación
- b. Ministerio de Trabajo
- c. Ministerio de Relaciones Exteriores
- d. Ministerio de Economía y Finanzas
- e. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
- f. Otros Ministerios
- g. Gobiernos Regionales
- h. Municipios
- i. Otras organizaciones conexas
- j. ONGs. y otros



2.6 ATRIBUCIONES DEL CARGO DE DIRECTORA NACIONAL DE ENFERMERÍA

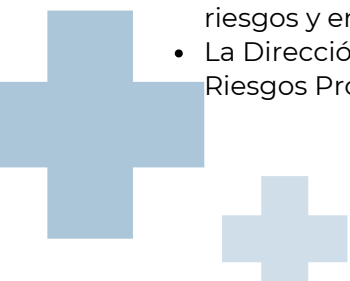
Son los medios para alcanzar sus fines, que comprenden todos los actos para el sostenimiento de los servicios de salud a cargo de las enfermeras en el marco de sus competencias, en todo el territorio nacional, como:

- **Formular**, establecer y definir los lineamientos relacionados al ejercicio profesional de la Enfermera y las tareas delegadas al personal técnico y Auxiliar de Enfermería.
- **Dirigir**, orientar, coordinar y evaluar la Unidad Orgánica de Enfermería del Sistema Nacional de Salud que comprende: MINSA, EsSalud, FFAA, PNP, regiones, municipios y entidades privadas, protegiendo el orden interno de la profesión y la normatividad con la participación del Colegio de Enfermeros del Perú, entidad normativa del ejercicio profesional de enfermería, y conducir el Sistema Nacional coordinado y descentralizado de enfermería.
- **Planificar**, gestionar y aprobar los planes, programas y proyectos en materia de Enfermería, salud pública, riesgos profesionales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades, en su ámbito profesional.
- **Planificar**, organizar, dirigir y controlar las actividades del potencial humano. Gestionar su desarrollo considerando los cambios científicos y tecnológicos para el cumplimiento del Proceso de Atención de Enfermería en forma ininterrumpida, en todas las especialidades de su campo profesional.
- **Asegurar** el cuidado enfermero de la salud a la persona, la familia y la comunidad.
- **Formular**, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar, dentro del marco de sus competencias, la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción y protección de la salud, prevención de riesgos y enfermedades, recuperación y rehabilitación.
- **Realizar** el seguimiento y evaluación respecto del desempeño y obtención de resultados alcanzados de las políticas, planes y programas en materia de su competencia, en el niveles nacional, regional y local, así como a otros actores del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud en todo el territorio nacional y adoptar las acciones que se requieran de acuerdo con Ley.
- **Participar** en la formulación de las políticas en materia de riesgos profesionales y otras de su competencia.
- **Representar** a la Enfermería a nivel nacional e internacional en todos los actos administrativos y/o técnicos del Sistema Nacional de Salud.
- **Convocar** al personal de los establecimientos de salud para desarrollar reuniones técnicas, administrativas y normativas.
- Integrar como miembro activo el Consejo Nacional de Salud.
- **Supervisar** de manera inopinada a las regiones y a los establecimientos de salud y comunidades.
- **Participar** en la obtención de resultados de los objetivos del MINSA y de las funciones del ministerio de Salud.
- Otras de su competencia.

Artículo 3.- OBJETIVOS

La Dirección Nacional de Enfermería tiene como objetivos:

- Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Gestión de la Calidad del Cuidado Holístico Enfermero, formular, adoptar, coordinar, ejecutar y evaluar las políticas y los lineamientos generales y prioritarios a través de la planificación, organización, dirección y control del personal de enfermería, basados en las necesidades de los usuarios en el ámbito nacional.
- Garantizar la prestación de servicios de calidad a los usuarios externos, la gestión del potencial humano de enfermería, la gestión para la dotación de material y equipos para asegurar servicios, así como, la gestión de la calidad del cuidado en los diferentes niveles de atención, en la salud pública, considerando la promoción de la salud, prevención de riesgos y enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud.
- La Dirección Nacional de Enfermería orientará, coordinará, evaluará el Sistema General de Riesgos Profesionales del personal de enfermería y demás dentro de sus atribuciones.



Artículo 4.- LINEAMIENTOS PRIORITARIOS DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA.

El presente plan se encuentra en el marco de los Lineamientos para la atención y gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería:

Lineamiento 1: Gestión y rectoría en el ejercicio profesional de enfermería, en coordinación con el Colegio de Enfermeros del Perú.

Lineamiento 2: Integración y alineación de la gestión de la calidad del cuidado holístico de enfermería en el continuum salud enfermedad, en los subsectores de salud: MINSA, ESSALUD, FFAA, PNP, establecimientos de salud municipales y Privados.

Lineamiento 3: Prevención, identificación oportuna de riesgos o signos de alarma, controles de enfermería sanitarios a la familia y grupos comunitarios, semestrales. Seguimiento a pacientes post hospitalizados. Control de pacientes con enfermedades crónicas.

Lineamiento 4: Promoción de la salud, desarrollo del Programa de Enfermería: Pedagogía y Andragogía Sanitaria del autocuidado y Gestión de la Calidad de Vida. Escuelas saludables, Colegios y Universidades saludables. Municipios saludables.

Lineamiento 5: Concertación multisectorial de gestión ambiental, cuidado del agua, vida saludable, de residuos sólidos, cuidado de los animales domésticos.

Lineamiento 6: Creación de un sistema de información de enfermería, sanitaria ciudadana.

Lineamiento 7: Desarrollo de los Recursos Humanos de Enfermería: Capacitación, Especialización y actualización permanente científico tecnológica en salud.

Lineamiento 8: Planificación, Monitoreo, Evaluación de la gestión de la calidad del cuidado de enfermería en todos los niveles de atención. Estudios de investigación operativa. Planes de mejora continua en salud.

Lineamiento 9: Participación ciudadana sanitaria: en la prevención de la Violencia Familiar, de Accidentes de Tránsito, el Acoso Escolar o Bullying, Trato digno y Atención de Salud Mental.

Lineamiento 10: Otros de su competencia.

Artículo 5.- LA ÉTICA EN EL CAMPO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

La ética en el campo de la enfermería, permite establecer un marco de principios y valores que guían el comportamiento y las decisiones profesionales. Los principios y valores fundamentales que se consideran de gran importancia para promover el bienestar y el cuidado de las personas son:

- 1. Empatía. La ética profesional garantiza es la capacidad de la enfermera, de ponerse en el lugar de otra persona, comprender sus sentimientos, necesidades y preocupaciones; esencial para brindar una atención y cuidado, centrados en la persona, la familia, y un apoyo compasivo a quienes están enfermos o necesitan cuidados.
- 2. Orientación moral. La ética proporciona una brújula moral que ayuda a la enfermera a tomar decisiones basadas en principios y valores sólidos. Permite evaluar las consecuencias éticas de las acciones y elegir la opción más correcta y de mayor beneficio, en situaciones complejas.
- 3. Integridad. La ética promueve la integridad profesional, instando a la enfermera a actuar de manera coherente y honesta en su trabajo. Fomenta la aplicación de valores como la transparencia, la justicia, la solidaridad, la honradez y la responsabilidad en todas las acciones y decisiones profesionales.
- 4. Protección de los derechos y la dignidad de la persona humana. La ética profesional de la enfermera, garantiza la protección de los derechos y la dignidad de las personas con las que interactúa. Esto implica respetar la autonomía, la privacidad, la confidencialidad y la no discriminación de los individuos, asegurando un trato justo, equitativo y digno.

- 
- 5. Mejora de la calidad de los servicios. La ética en el campo profesional de la enfermera, fomenta la entrega de servicios de calidad. La profesional se esfuerza por brindar la mejor atención posible, basada en la evidencia científica, el respeto a los valores del paciente, la autonomía, el compromiso con el bienestar y la seguridad del usuario.
 - 6. Fomento de la confianza. La ética desempeña un papel crucial en la construcción y mantenimiento de la confianza entre la enfermera y sus pacientes, colegas y la sociedad en general. Inspira confianza y credibilidad, lo que fortalece las relaciones y facilita una atención colaborativa y efectiva.
 - En resumen, la ética en el campo profesional de la enfermería, permite a los individuos actuar de manera empática, moralmente responsable, proteger los derechos de los demás, mejorar la calidad de los servicios y construir relaciones basadas en la confianza. Siguiendo los principios éticos, las enfermeras desempeñan su rol de manera efectiva, contribuyendo al bienestar y desarrollo de las personas sanas o enfermas a quienes sirven.

Artículo 6.- LOS PRINCIPIOS GERENCIALES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA

Los principios que han inspirado y dirigido la acción de la Dirección Nacional de Enfermería constituyen la base de su carácter científico y profesional. Estos principios pueden resumirse en los siguientes enunciados.

- a)Garantizar el acceso universal con procesos estandarizados de enfermería en todo el Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- b)Proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y privados.
- c)Prestar servicios de calidad en el sector salud, implementando el “Modelo de Gestión y Cuidado de Enfermería Humano y Sistematizado” en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- d)Procurar la estandarización, sistematización y eficiencia en la atención y en la gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero.
- e)Crear incentivos para corregir las imperfecciones en el funcionamiento de la gestión en los servicios de enfermería.
- f)Promover la participación de los agentes económicos (públicos y privados) en el proceso de formulación y propuesta de políticas institucionales.
- g)Promover la modernización de los servicios de enfermería, mediante la implementación de la gestión por procesos, de la sistematización de la información, de los procesos y procedimientos técnico administrativos, de la simplificación administrativa y organización estructural ágil.
- h)Promover el enfoque de inversión y presupuesto en enfermería basado en resultados.

Artículo 7.- FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA

Son funciones de la Dirección Nacional de Enfermería las siguientes:

1. Función administrativa gerencial:

a. Proponer, formular, planear, dirigir, coordinar y ejecutar las políticas de salud con énfasis en la gestión de la calidad del cuidado enfermero, prioridades sanitarias y estrategias de atención de salud de las personas y el modelo de atención integral de salud, con alcance sectorial e institucional.

b. Desarrollar y proponer normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales de salud, la gestión de los recursos del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, medidas correctivas en las materias de su competencia.

c. Dirigir, orientar, aprobar y evaluar los planes, programas y proyectos de las Direcciones Ejecutivas de Enfermería:

- Normas y Asesoría Técnica.
- Monitoreo Supervisión y Evaluación.
- Capacitación, Certificación, Acreditación y Auditoría.
- Atención Primaria de la Salud: I Nivel de Atención
- Atención Especializada II y III Nivel de Atención.
- Inmunizaciones.

d. Dirigir, orientar, aprobar y evaluar los planes, programas y proyectos de las veinticinco Sub Direcciones Regionales de enfermería:

- Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali.

e. Dirigir, orientar, aprobar y evaluar los planes, programas y proyectos de las cuatro Coordinadoras Operativas de Enfermería:

- Institutos y Centros Especializados
- Hospitales Nacionales y Regionales
- Redes Sanitarias
- Instituciones Privadas

f. Supervisar la aplicación de las políticas nacionales en las regiones, en las áreas de su competencia.

g. Diseñar, conducir y aprobar el Sistema de la Gestión de la Calidad del Cuidado Integral de Enfermería, a la persona, a las familias y a los grupos comunitarios en los diferentes niveles de atención, con énfasis en la atención primaria en salud integral y atención especializada. Fortalecer el trato digno, personalizado y humano ala población asistida.

h. Establecer, desarrollar y aprobarlos planes estratégicos, la identificación de necesidades de salud de la población y la elaboración de estrategias objetivos, metas y prioridades a largo plazo de los servicios de enfermería, concordantes con los planes de gestión de los establecimientos de salud.

i. Establecer y aprobar un modelo de gestión de los servicios de enfermería moderno y sistematizado y automatizado cuya estructura este centrada en las cadenas de valor, en los resultados, tiempos, calidad, costos y satisfacción de los usuarios externos e internos, en la gestión estratégica, táctica y operativa, con equipos y funciones de alto rendimiento, en la mejora dela calidad del cuidado y de la atención.

j. Aprobar los indicadores y estándares para la evaluación de la calidad de los servicios de salud y controlar su cumplimiento.

k. Establecer las normas de monitoreo y evaluación de los servicios de enfermería y de supervisión y evaluación del desempeño del personal de enfermería, de los servicios de enfermería y la gestión sanitaria.

l. Velar por la atención y la gestión de la calidad del cuidado de enfermería a los usuarios para orientar las acciones, promover y apoyar las iniciativas para la mejora continua.

m. Aprobar las normas del sistema de acreditación de los servicios de enfermería.

n. Aprobar las normas del proceso auditoría de los servicios de enfermería.

o. Aprobar las normas del sistema de certificación del personal de enfermería.



- p. Gestionar el recurso humano de enfermería, que comprende la planificación, organización y dirección del personal de enfermería, incluyendo reclutamiento, selección, inducción, capacitación, evaluación del desempeño y desarrollo profesional.
- q. Proponer la designación de las/los Enfermeras(os) Directores Ejecutivas, Regionales y Coordinadoras operativas de Enfermería de los Organismos Descentralizados del Ministerio de Salud,
- r. Desarrollar el potencial humano, planificación, organización, dirección, control de la capacitación permanente en servicio, en coordinación con la Escuela de Salud Pública y las Universidades que ocupan los campos clínicos en los servicios de Enfermería y en la comunidad.
- s. Estimular la creación de un entorno laboral favorable que promueva la automotivación, el compromiso y fidelización del personal a la institución.
- t. Normar la aprobación de campos clínicos para docencia de los estudiantes de pre y post grado de la carrera profesional de enfermería y las pasantías, coordinando con las universidades para la implementación de la integración docencia- asistencia.
- u. Participar en el diseño y perfeccionamiento de los planes de estudio de la carrera de Enfermería y de las Especialidades en correspondencia con las necesidades del sistema de salud nacional y global. Proponer mejora de los planes curriculares a las Universidades.
- v. Impulsar la investigación en base a evidencias para fortalecer el Proceso de Atención de enfermería. La investigación operativa para sustento de solución de problemas o situaciones específicas.
- w. Participar en las acciones del Gobierno Nacional en materia de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales.
- x. Gestionar los proyectos de cooperación externos, promoviendo alianzas estratégicas intergubernamentales, e intersectoriales con instituciones y organizaciones sociales para la promoción de la Salud, en materias de su competencia. Suscribir los convenios con entidades externas de apoyo mutuo, nacionales e internacionales.
- y. Constituir con otras personas jurídicas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan el cumplimiento de las funciones o fines inherentes al cuidado enfermero de la salud.
- z. Participar con el Ministro de Salud en la Comisión sectorial de descentralización. Opinar técnicamente en materia de sus competencias. Delegar facultades y atribuciones que no sean privativas a su función de Directora Nacional de Enfermería del MINSA.

2.Función normativa:

- a. Normar, la gestión del cuidado integral de enfermería, a la persona, a las familias en los diferentes niveles de atención, con énfasis en la atención primaria de la salud integral y atención especializada.
- b. Normar los estándares de atención y cuidado de enfermería y establecer la metodología para el cálculo de brechas y dotación de personal profesional, técnicos de Enfermería y auxiliares de enfermería en el ámbito nacional.
- c. Estandarizar documentos técnico -normativos: Guías de Prácticas Clínicas, Protocolos Sanitarios, etc. orientados a la mejora continua de la de la gestión y cuidados de enfermería, en coordinación con el Colegio de Enfermeros del Perú entidad normativa de la profesión de Enfermería.
- d. Normar e implementar la rendición de cuentas de la gestión de los servicios de enfermería, resultados del mejoramiento de la calidad de los cuidados holísticos de enfermería, asegurando una atención segura, oportuna, continua, con pertinencia socio cultural, así como, la regulación de infracciones y las sanciones por la transgresión o incumplimiento de las normas sanitarias.
- e. Regular el ejercicio profesional de la enfermera, en los establecimientos de salud hospitalarios y comunitarios. Regular la práctica del personal Técnico y Auxiliar de Enfermería en la asistencia la enfermera y el médico y en la atención y cuidado del usuario externo.



- 
- f. Establecer pautas para el desarrollo de las especialidades de enfermería.
- g. Establecer las normas metodológicas y de control para la organización y funcionamiento de los servicios de atención y cuidados de Enfermería.
- h. Normar y aplicar metodologías de mejoramiento continuo de la calidad, de Deming (Planificar-Hacer- Verificar-Actuar), ayuda a identificar oportunidades de mejora en la gestión de servicios de salud, que implica establecer metas claras, recopilar datos, analizar resultados y realizar ajustes basados en evidencia.
- i. Establecer las normas para cambiar el enfoque de un modelo predominantemente curativo a uno que ponga énfasis en la prevención y promoción de la salud que tenga un impacto significativo en la gestión de servicios de salud, que implica invertir recursos en programas de educación, detección temprana de riesgos y enfermedades y promoción de estilos de vida saludables.
- j. Promover y participar en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades y competencias del potencial humano de Enfermería en los procesos y programas de salud nacional.
- k. Implementar la tecnología informática en la gestión de servicios de enfermería para mejorar su eficiencia operativa y la calidad del cuidado. Implementar los registros electrónicos del Proceso de Atención de Enfermería, basada en las necesidades de los usuarios, con herramientas de análisis de datos para fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia.
- l. Gestionar un sistema informático para sistematizar y agilizar la gestión de sus servicios, que permita poner en práctica el sistema de gestión de citas para controles, atenciones, sesiones y visitas domiciliarias de enfermería con los pacientes, fortalecer la tele- salud y la tele-enfermería a nivel nacional.
- m. Participar en la evaluación de la aplicación de los fondos destinados al financiamiento de las estrategias sanitarias del Ministerio de Salud, en el ámbito de su competencia.
- n. Coordinar con los Gobiernos Regionales y Locales la implementación de las Políticas nacionales y sectoriales en materia de salud, y evaluar su cumplimiento.
- o. Brindar asistencia técnica a los gobiernos regionales y locales para el adecuado cumplimiento de las funciones descentralizadas.
- p. Otras funciones que le corresponda de acuerdo a las disposiciones legales vigentes y aquellas que le asigne el Ministro de Salud.

REQUISITOS MÍNIMOS

Formación profesional

- Título universitario de Licenciada en Enfermería
- Estudios de posgrado en: Doctorado, Maestría o Especialidad en: Enfermería, Administración de Servicios de Salud, en Salud Pública o similares

Experiencia profesional

- 10 años como Enfermera Asistencial
- 05 años en cargo de dirección: Gerencia, Dirección Sectorial, o Jefe de Departamento de Enfermería de Hospital Nacional
- Decana o Directora de Escuela Académico Profesional de Enfermería
- Decana Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú

Habilidades gerenciales

- Comunicación fluida a todo nivel
- Toma de decisiones
- Capacidad de liderazgo demostrada
- Habilidad para las relaciones públicas
- Trabajo en equipo

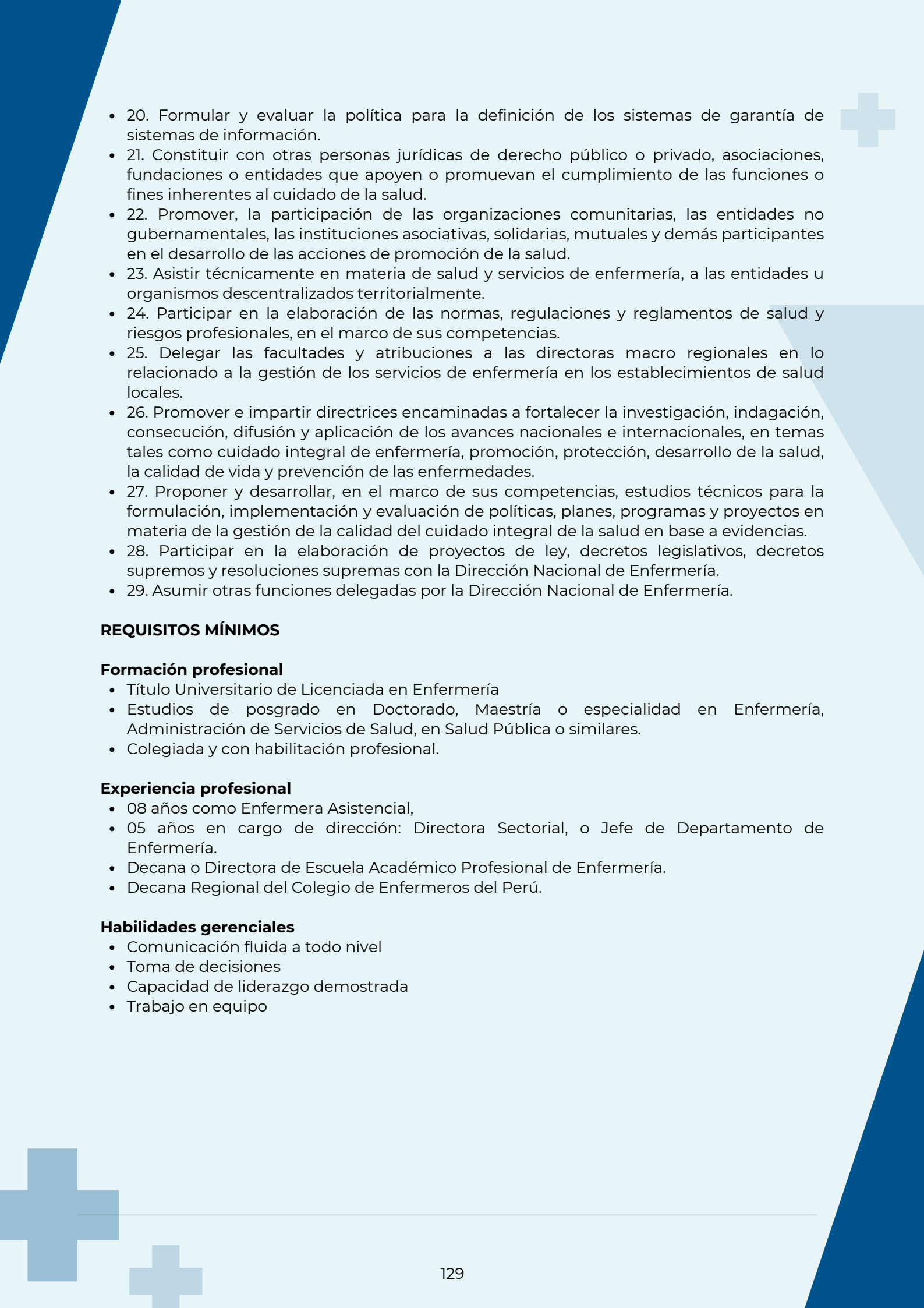


Artículo 8.- FUNCIONES DE LAS DIRECCIONES EJECUTIVAS DE ENFERMERÍA

Desarrollar y evaluar los planes, programas y proyectos inherentes a cada Dirección Ejecutiva correspondiente: Normas y Asesoría Técnica. Monitoreo Supervisión y Evaluación. Capacitación, Certificación, Acreditación y Auditoría. Atención Primaria de la Salud: I Nivel de Atención. Atención Especializada II y III Nivel de Atención. Inmunizaciones.

- 1. Participar en la formulación de políticas, dirigir y evaluar los planes, programas y proyectos en materia de enfermería, salud pública, riesgos profesionales, y control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.
- 2. Integrar el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- 3. Formular, adoptar, coordinar la ejecución y evaluar estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida, y de prevención y control de enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- 4. Supervisar la aplicación de la política sectorial en las regionales, en el área de su competencia
- 5. Dirigir y orientar el sistema de vigilancia en salud pública.
- 6. Evaluar los planes estratégicos, objetivos, metas y prioridades a largo plazo de los servicios de enfermería, concordantes con los planes de gestión nacional.
- 7. Supervisar y evaluar el modelo de gestión de los servicios de enfermería moderno y sistematizado y automatizado, centrado en las cadenas de valor, en los resultados, tiempos, calidad, costos y satisfacción de los usuarios externos e internos, en la gestión estratégica, táctica y operativa, con equipos y funciones de alto rendimiento, en la mejora de la calidad del cuidado y de la atención.
- 8. Evaluar los indicadores y estándares para la evaluación de la calidad de los servicios de salud y de la gestión de la calidad del cuidado, controlar su cumplimiento.
- 9. Establecer las normas de monitoreo y evaluación de los servicios de enfermería y de supervisión y evaluación del desempeño del personal de enfermería, de los servicios de enfermería y la gestión sanitaria.
- 10. Monitorear y evaluar la atención y la gestión de la calidad del cuidado de enfermería a los usuarios para orientar las acciones, promover y apoyar las iniciativas para la mejora continua.
- 11. Evaluar el Sistema Regional de certificación de competencias profesionales a las Licenciadas en Enfermería, de competencias al Técnico y Auxiliar de Enfermería.
- 12. Supervisar y evaluar las normas del sistema de acreditación de los servicios de enfermería.
- 13. Supervisar y evaluar las normas del proceso auditoría de los servicios de enfermería.
- 14. Formular, adoptar y coordinar las acciones de la Dirección Nacional de Enfermería, en materia de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales.
- 15. Diseñar y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios, de promoción y prevención, y riesgos profesionales y atención primaria, de sistemas de información y otros.
- 16. Formular y evaluar la política de talento humano en salud, en coordinación con las entidades competentes, que oriente la formación, ejercicio y gestión del personal de enfermería.
- 17. Implementar y evaluar el Sistema Regional de certificación de competencias profesionales a las Licenciadas en Enfermería, de competencias laborales al Técnico y Auxiliar de Enfermería.
- 18. Definir los requisitos que deben cumplir de los establecimientos de salud para obtener la acreditación de los servicios de enfermería.
- 19. Regular la oferta de servicios de salud y establecer las normas para la prestación de servicios y de la garantía de la calidad de estos.



- 
- 20. Formular y evaluar la política para la definición de los sistemas de garantía de sistemas de información.
 - 21. Constituir con otras personas jurídicas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan el cumplimiento de las funciones o fines inherentes al cuidado de la salud.
 - 22. Promover, la participación de las organizaciones comunitarias, las entidades no gubernamentales, las instituciones asociativas, solidarias, mutuales y demás participantes en el desarrollo de las acciones de promoción de la salud.
 - 23. Asistir técnicamente en materia de salud y servicios de enfermería, a las entidades u organismos descentralizados territorialmente.
 - 24. Participar en la elaboración de las normas, regulaciones y reglamentos de salud y riesgos profesionales, en el marco de sus competencias.
 - 25. Delegar las facultades y atribuciones a las directoras macro regionales en lo relacionado a la gestión de los servicios de enfermería en los establecimientos de salud locales.
 - 26. Promover e impartir directrices encaminadas a fortalecer la investigación, indagación, consecución, difusión y aplicación de los avances nacionales e internacionales, en temas tales como cuidado integral de enfermería, promoción, protección, desarrollo de la salud, la calidad de vida y prevención de las enfermedades.
 - 27. Proponer y desarrollar, en el marco de sus competencias, estudios técnicos para la formulación, implementación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de la gestión de la calidad del cuidado integral de la salud en base a evidencias.
 - 28. Participar en la elaboración de proyectos de ley, decretos legislativos, decretos supremos y resoluciones supremas con la Dirección Nacional de Enfermería.
 - 29. Asumir otras funciones delegadas por la Dirección Nacional de Enfermería.

REQUISITOS MÍNIMOS

Formación profesional

- Título Universitario de Licenciada en Enfermería
- Estudios de posgrado en Doctorado, Maestría o especialidad en Enfermería, Administración de Servicios de Salud, en Salud Pública o similares.
- Colegiada y con habilitación profesional.

Experiencia profesional

- 08 años como Enfermera Asistencial,
- 05 años en cargo de dirección: Directora Sectorial, o Jefe de Departamento de Enfermería.
- Decana o Directora de Escuela Académico Profesional de Enfermería.
- Decana Regional del Colegio de Enfermeros del Perú.

Habilidades gerenciales

- Comunicación fluida a todo nivel
- Toma de decisiones
- Capacidad de liderazgo demostrada
- Trabajo en equipo



Artículo 9° - FUNCIONES DE LAS DIRECCIONES MACRORREGIONALES DE ENFERMERÍA

- a. Supervisar, monitorear y evaluar los procesos inherentes a las actividades propias de la profesión de enfermería en las áreas asignadas a cada Dirección.
- b. Evaluar el rendimiento y productividad del personal del establecimiento de salud a su cargo.
- c. Participar en la formulación de del plan operativo anual de la Dirección a su cargo, en concordancia con el Plan Estratégico Sanitario Nacional.
- d. Conducir la ejecución y evaluación de los planes de cada establecimiento de Salud.
- e. Participar en la formulación y modificación, de los instrumentos técnico-administrativos de los establecimientos a su cargo.
- f. Participar en la formulación, de los documentos normativos de gestión institucionales.
- g. Dirigir, coordinar y supervisar el desarrollo de procesos de investigación, proyectos y programas inherentes a la promoción, prevención y control de riesgos.
- h. Participar en la elaboración de planes de capacitación para el personal de enfermería en las áreas de promoción de la salud, prevención de riesgos y enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud en los diferentes niveles de atención.
- i. Brindar asistencia técnica, profesional a los órganos institucionales, en el desarrollo de las actividades técnicas que competen a dada Dirección Operativa.
- j. Participar e integrar comisiones o comités técnicos por delegación de la Dirección Nacional de Enfermería.
- k. Determinar los perfiles profesionales de los establecimientos de salud a su cargo.
- l. Elaborar los informes sobre los avances y logros de la gestión cada trimestre y el informe general anual.
- m. Participar en las funciones que la Dirección Nacional le asigne, en el área de su competencia.

REQUISITOS MÍNIMOS

Formación profesional

- Título Universitario de Licenciada en Enfermería
- Estudios de posgrado en: Doctorado, Maestría o Especialidad en: Enfermería, Administración de Servicios de Salud, en Salud Pública o similares.

Experiencia profesional

- 08 años como Enfermera Asistencial
- 08 años en cargo de dirección: Directora Sectorial, o Jefe de Departamento de Enfermería.
- Decana o Directora de Escuela Académico Profesional de Enfermería.
- Decana Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú.

Habilidades gerenciales

- Comunicación fluida a todo nivel
- Toma de decisiones
- Capacidad de liderazgo demostrada



Artículo 10.- FUNCIONES DE LAS DIRECCIONES REGIONALES DE ENFERMERÍA

- a) Proponer políticas de salud preventivo promocionales, prioridades sanitarias y estrategias de atención de salud de las personas y el modelo de atención integral de salud, con alcance regional y evaluar las políticas vigentes.
- b) Planificar, dirigir y evaluar el desarrollo de las Estrategias Sanitarias Regionales en el ámbito de su competencia y de los programas por etapa de vida de salud de las personas en el contexto actual.
- c) Evaluar y proponer las prioridades de desarrollo de los servicios de enfermería y de salud de manera concertada con los niveles regionales, así como sus estrategias de implementación.
- d) Implementar el sistema informático que sustente y facilite la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, cumpliendo con fortalecer la gestión del cuidado enfermero a nivel nacional.
- e) Diseñar y conducir el Sistema Regional de Gestión de la Calidad del Cuidado holístico de Enfermería, dirigido a las personas en las diferentes etapas de vida, así como la categorización, y funcionamiento de los servicios de enfermería.
- f) Monitorear, evaluar y mejorar continuamente el proceso de protección, recuperación y rehabilitación de la salud en el sector, para la asignación y logro de los objetivos correspondientes.
- g) Implementar y conducir el Sistema Regional de certificación de competencias profesionales a las Licenciadas en Enfermería, de competencias al Técnico y Auxiliar de Enfermería.
- h) Dirigir y evaluar el Proceso Regional de acreditación de los servicios de enfermería.
- i) Dirigir el desarrollo del proceso Regional de auditoría de los servicios de enfermería y la puesta en marcha de los Procesos de Mejora Continua de la Calidad.
- j) Dirigir la ejecución de los Programas preventivo-promocionales en el área de enfermería en todos los niveles de atención. Estas actividades están dirigidas a planificar, gerenciar, ejecutar y evaluar los programas preventivo-promocionales a nivel intra y extra hospitalario.
- k) Lograr la aplicación y mejora de las metodologías e instrumentos para la gestión sanitaria Regional en el ámbito de su competencia.
- l) Participar en la gestión de los proyectos de cooperación externa relacionados a la salud preventivo promocional de la Región.
- m) Identificar y priorizar las investigaciones operativas que permitan la búsqueda adecuación y creación de nuevos conocimientos, tecnologías y técnicas para el cuidado de la salud dirigido al logro de la excelencia y el mejoramiento de las intervenciones sanitarias en el ámbito de su competencia.
- n) Asumir otras funciones delegadas por la Dirección Nacional de Enfermería.

REQUISITOS MÍNIMOS

Formación profesional

- Título Universitario de Licenciada en Enfermería
- Estudios de posgrado en: Doctorado, Maestría o Especialidad en: Enfermería, Administración de Servicios de Salud, en Salud Pública o similares
- Colegiada y con habilitación profesional

Experiencia profesional

- 08 años efectivos como Enfermera Asistencial
- 05 años en cargo de dirección: Directora Sectorial, o Jefe de Departamento de Enfermería
- Decana o Directora de Escuela Académico Profesional de Enfermería
- Decana Regional del Colegio de Enfermeros del Perú



Habilidades gerenciales

- Comunicación fluida a todo nivel
- Toma de decisiones
- Capacidad de liderazgo demostrada
- Trabajo en equipo

Artículo 11º. - Encargar a la Oficina General de Planeamiento Estratégico, la incorporación de los cargos en el nuevo Clasificador de Cargos del Ministerio de Salud, en virtud de lo dispuesto en los artículos precedentes.
Regístrese, comuníquese y publíquese.

.....

Ministro de Salud



ANEXO 1

Alcanzamos el Proyecto de Decreto Supremo que crea la DIRECCION NACIONAL DE ENFERMERIA y sus dependencias

DECRETO SUPREMO CREA LA DIRECCION NACIONAL DE ENFERMERIA Y LOS CARGOS NACIONALES, REGIONALES Y LOCALES QUE REQUIERE EL PAÍS

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, los literales b) y h) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluarla política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud;

Que, de acuerdo a la Ley acotada "el Ministerio de Salud es un organismo del Poder Ejecutivo, órgano rector en materia de salud a nivel nacional, con personería jurídica de derecho público y constituye un pliego presupuestal";

Que, mediante el Artículo N° 4 del citado Decreto Legislativo, se dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, de acuerdo al Artículo N° 4° de la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, la potestad rectora del Ministerio de Salud comprende entre otras la facultad que tiene para normar, en materia de salud.

Que, de acuerdo a lo establecido en el numeral 4-A2 del Artículo N° 4ª de la ley acotada, el Ministerio de Salud, es el ente rector del Sistema Nacional de Salud, y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas."

Que, de acuerdo al Artículo N° 5° de la Ley señalada en el párrafo precedente, son funciones rectoras del Ministerio de Salud entre otras, a) Conducir, regular y supervisar el Sistema Nacional de Salud, b) Formular, ejecutar y evaluar la política nacional y sectorial y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, c) Supervisar y evaluar la implementación de políticas, acciones e intervenciones en materia de investigación, innovación y tecnologías en salud, d) Dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, e) Establecer las normas y políticas para fortalecer y garantizar el acceso al aseguramiento universal en salud en el país, f) proponer la gestión de procesos a fin de reducir las iniquidades.

Que, de acuerdo al Artículo N° 8° de la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, la estructura orgánica que establece y desarrolla la estructura y las funciones correspondientes al Despacho Ministerial, Despachos Viceministeriales, Secretaría General, Órganos de Línea, de Administración Interna y de Control Institucional, se regulan en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Que, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 054-2008 mediante el cual se aprueban los Lineamientos de Organización del Estado, los Decretos Supremos son normas de carácter general que regulan la actividad sectorial funcional o multisectorial funcional a nivel nacional.

Que, de acuerdo a lo establecido en el Artículo N° 4 de la Ley 27658, el proceso de modernización de la gestión del Estado tiene como finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos. siendo el objetivo entre otros alcanzar un Estado con servidores públicos calificados y adecuadamente remunerados.

OMS. CIE, Expresan que de un total de 82 países de los 115 que respondieron (71%) declararon contar con una Estructura Nacional el sector de la enfermería que se encarga de hacer aportaciones a las políticas de enfermería y de salud. En 78 países (el 53% de los que respondieron) se dispone de un programa nacional de fomento del liderazgo en la enfermería. La presencia de puestos de funcionarios directores de los servicios públicos de enfermería (o equivalente) y la existencia de un programa de liderazgo en la enfermería están asociadas con un entorno regulatorio más sólido en el sector. OMS. CIE. Las autoridades de enfermería gubernamentales deberían trabajar en igualdad de condiciones con otros dirigentes profesionales de la salud en la toma de decisiones estratégicas que repercutan en la planificación de los servicios de salud encaminados a satisfacer las necesidades de salud de la población. A nivel nacional, estos puestos deben tener responsabilidades y recursos para la gobernanza y la gestión de los recursos humanos de enfermería, así como para impulsar el intercambio y el análisis de datos sobre enfermería, convocar a las partes interesadas para entablar un diálogo político y dirigir la toma de decisiones basada en datos. OMS. Asegurar que se asigne un presupuesto a los programas nacionales y regionales. Exigir la igualdad de oportunidades diferenciadas para el OMS OMS Disponible:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/351147/9789240036529-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Con la opinión favorable del Ministerio de Salud; y, con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros.

DECRETA:

Artículo 1. – SE CREA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA Y SUS DEPENDENCIAS NACIONALES, REGIONALES Y LOCALES

La Dirección Nacional de enfermería, es la unidad orgánica de Enfermería, Órgano técnico Rector, encargado de establecer y desarrollar políticas a fin de normalizar, regular, asesorar, conducir, y controlar la gestión de la calidad del cuidado holístico de enfermería, a la persona, familia y comunidad en el ámbito institucional y comunitario, respondiendo a objetivos de salud del país, contribuyendo a mejorar la calidad de salud y de vida de los habitantes, así como al desarrollo del país, fundamentado en evidencia. Responsable de crear, divulgar y facilitar los procesos y de las herramientas técnico- administrativas, de normar, reglamentar Manuales, Protocolos, Guías metodológicas, Modelos de atención ágiles, que permitan actuar con celeridad, oportunidad y seguridad al personal de enfermería en la prestación de servicios de calidad, que se ofertan en los diferentes niveles de atención, aplicando estrategias para su fiel cumplimiento. Estableciendo vínculos estrechos de coordinación para la formación de pre y post grado, la capacitación continua en servicio, así como la certificación de las competencias profesionales.

Depende del Ministro de Salud. Para otros efectos, coordina con el Despacho Vice-Ministerial de Salud Pública y de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

MISIÓN

Ser la unidad técnica administrativo -gerencial responsable de normalizar, asesorar, conducir y controlar la gestión de la calidad del cuidado holístico de enfermería y la atención integral de la salud, para que esta sea de calidad, calidez, equidad y oportunidad a la persona, a las familias y a la comunidad, en los diferentes escenarios en que se desenvuelve.

VISIÓN

Ser Instancia rectora de los procesos de gestión y regulación de la gestión del cuidado holístico de enfermería en todas las instituciones y establecimientos que integran el Sistema Nacional de Salud, que garantice una atención integral con calidad, trato digno y seguridad a los usuarios.

Artículo 2.- ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA

La Dirección Nacional de Enfermería forma parte del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.

La estructura orgánica de la dirección General de Enfermería está conformada de la siguiente manera:

2.1 Órgano de Dirección

- a. Dirección Nacional de Enfermería. 1

2.2 Órgano de Asesoramiento

- a. Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Institucional. 3
- b. Asesoría Legal. 2

2.3 Órgano de Apoyo

- a. Personal Administrativo: 2 Administrativas 3 secretarías
- b. Personal de Informática. 3
- c. Personal de conserjería. 2



2.4 Órgano de Línea

Direcciones Ejecutivas Nacionales de enfermería

- 1. Dirección Ejecutiva de Normas y Asesoría Técnica.1
- 2. Dirección Ejecutiva de gestión del Cuidado Enfermero (Monitoreo Supervisión y Evaluación de la Calidad del Cuidado Enfermero).1
- 3. Dirección Ejecutiva de Ejecutiva de Desarrollo del Personal de Enfermería. (Capacitación, Docencia, Certificación, Acreditación y Auditoría). 1
- 4. Dirección Ejecutiva de Atención Primaria de la Salud. 1
- 5. Dirección Ejecutiva del II Nivel de Atención.1
- 6. Dirección Ejecutiva del III Nivel de Atención.1
- 7. Dirección Ejecutiva de Inmunizaciones. 1
- 8. Dirección Ejecutiva de Institutos Altamente Especializados: 12

a. Direcciones Operativas Nacionales

- Dirección Operativa de Enfermería de Hospitales Nacionales.
- Dirección Operativa de Enfermería de Hospitales Regionales/Generales.
- Dirección Operativa de Enfermería de Redes Integradas de Salud.
- Dirección Operativa de Enfermería de Instituciones Privadas.
- Dirección Operativa de Enfermería de Escolar y Universitaria.

b. Direcciones Regionales de enfermería

- 25 Direcciones Ejecutivas Regionales de Enfermería. (una por región) Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali.

2.5 RELACIONES DEL CARGO DE DIRECTORA NACIONAL DE ENFERMERIA:

C. Relaciones Internas Externa:

- c. Ministerio de Salud.
- d. Todas sus dependencias.

D. Relaciones Externas:

- k. Ministerio de Educación.
- l. Ministerio de Trabajo.
- m. Ministerio de Relaciones Exteriores.
- n. Ministerio de Economía y Finanzas.
- o. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
- p. Otros Ministerios
- q. Gobiernos Regionales.
- r. Municipios
- s. Otras organizaciones conexas.
- t. ONGs. y otros.

2.6 ATRIBUCIONES DEL CARGO DE DIRECTORA NACIONAL DE ENFERMERIA:

- Representación de Enfermería a nivel Nacional e internacional en todos los actos administrativos y/o técnicos del Sistema Nacional de Salud.
- Convocatoria al personal de los establecimientos de salud.
- Aprobar los planes, programas y proyectos en materia de Salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.
- Integrar al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Supervisión inopinada a las Regiones y a los Establecimientos de Salud y comunidades.
- Participación en la obtención de resultados de los objetivos del MINSA y de las funciones del ministerio de Salud.



Artículo 3.- OBJETIVOS

La Dirección Nacional de Enfermería tiene como objetivos, la organización del personal de enfermería en el ámbito nacional, la prestación de servicios, el financiamiento de dichos servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud dentro del marco de sus competencias, así como, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluarla política pública en materia de la gestión de la calidad del cuidado de enfermería en los diferentes niveles de atención, salud pública, promoción de la salud, prevención de riesgos y enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud.

La Dirección Nacional de Enfermería orientará, coordinará y evaluará el Sistema General de Riesgos Profesionales del personal de enfermería.

Artículo 4. - LINEAMIENTOS PRIORITARIOS DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA.

El presente plan se encuentra en el marco de los Lineamientos para la atención y gestión de la calidad del cuidado de enfermería:

Lineamiento 1: Gestión y rectoría en el ejercicio profesional de enfermería.

Lineamiento 2: Integración y alineación de la gestión de la calidad del cuidado holístico de enfermería en el continuum salud enfermedad, en los subsectores de salud: MINSA, ESSALUD, FFAA, PNP, establecimientos de salud Municipales y Privados.

Lineamiento 3: Prevención, identificación oportuna de riesgos o signos de alarma, controles de enfermería sanitarios a la familia y grupos comunitarios, semestrales. Seguimiento a pacientes post hospitalizados. Control de pacientes con enfermedades crónicas.

Lineamiento 4: Promoción de la salud, desarrollo del Programa de Enfermería: Pedagogía y Andragogía Sanitaria del autocuidado y Gestión de la Calidad de Vida. Escuelas saludables, Colegios y Universidades saludables. Municipios saludables.

Lineamiento 5: Concertación multisectorial de gestión ambiental, cuidado del agua, vida saludable, de residuos sólidos, cuidado de los animales domésticos.

Lineamiento 6: Creación de un sistema de información sanitaria ciudadana.

Lineamiento 7: Desarrollo de los Recursos Humanos de Enfermería: Capacitación, Especialización y actualización permanente científico tecnológica en salud.

Lineamiento 8: Planificación, Monitoreo, Evaluación de la gestión de la calidad del cuidado de enfermería en todos los niveles de atención. Estudios de investigación operativa. Planes de mejora continua en salud.

Lineamiento 9: Participación ciudadana sanitaria: en la prevención de la violencia familiar, de accidentes de tránsito, el acoso escolar o bullying, trato digno y atención de salud mental.



Artículo 5. – LA ÉTICA EN EL CAMPO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

La ética en el campo de la enfermera, permite establecer un marco de principios y valores que guían el comportamiento y las decisiones profesionales. Los principios y valores fundamentales que se consideran de gran importancia para promover el bienestar y el cuidado de las personas son:

- 7. Empatía: La ética profesional garantiza es la capacidad de la enfermera, de ponerse en el lugar de otra persona, comprender sus sentimientos, necesidades y preocupaciones; esencial para brindar una atención y cuidado, centrados en la persona, la familia, y un apoyo compasivo a quienes están enfermos o necesitan cuidados.
- 8. Orientación moral: La ética proporciona una brújula moral que ayuda a la enfermera a tomar decisiones basadas en principios y valores sólidos. Permite evaluar las consecuencias éticas de las acciones y elegir la opción más correcta y de mayor beneficio, en situaciones complejas.
- 9. Integridad: La ética promueve la integridad profesional, instando a la enfermera a actuar de manera coherente y honesta en su trabajo. Fomenta la aplicación de valores como la transparencia, la justicia, la solidaridad, la honradez y la responsabilidad en todas las acciones y decisiones profesionales
- 10. Protección de los derechos y la dignidad de la persona humana: La ética profesional de la enfermera, garantiza la protección de los derechos y la dignidad de las personas con las que interactúa. Esto implica respetar la autonomía, la privacidad, la confidencialidad y la no discriminación de los individuos, asegurando un trato justo, equitativo y digno.
- 11. Mejora de la calidad de los servicios: La ética en el campo profesional de la enfermera, fomenta la entrega de servicios de calidad. La profesional se esfuerza por brindar la mejor atención posible, basada en la evidencia científica, el respeto a los valores del paciente, la autonomía, el compromiso con el bienestar y la seguridad del usuario.
- 12. Fomento de la confianza: La ética desempeña un papel crucial en la construcción y mantenimiento de la confianza entre la enfermera y sus pacientes, colegas y la sociedad en general. Inspira confianza y credibilidad, lo que fortalece las relaciones y facilita una atención colaborativa y efectiva.

En resumen, la ética en el campo profesional de la enfermera, permite a los individuos actuar de manera empática, moralmente responsable, proteger los derechos de los demás, mejorar la calidad de los servicios y construir relaciones basadas en la confianza. Siguiendo los principios éticos, las enfermeras desempeñan su rol de manera efectiva, contribuyendo al bienestar y desarrollo de las personas sanas o enfermas a quienes sirven.

Artículo 6. – LOS PRINCIPIOS GERENCIALES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA,

Los principios que han inspirado y dirigido la acción de la Dirección Nacional de Enfermería constituyen la base de su carácter científico y profesional. Estos principios pueden resumirse en los siguientes enunciados.

- i) Garantizar el acceso universal con procesos estandarizados de enfermería en todo el Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- j) Proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y privados.



- k) Prestar servicios de calidad en el sector salud, implementando el “modelo de Gestión y Cuidado de Enfermería humano y sistematizado” en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- l) Procurar la estandarización, y eficiencia en la atención y en la gestión de la calidad del cuidado enfermero.
- m) Crear incentivos para corregir las imperfecciones en el funcionamiento de la gestión en los servicios de enfermería.
- n) Promover la participación de los agentes económicos (públicos y privados) en el proceso de formulación y propuesta de políticas institucionales.
- o) Promover la modernización de los servicios de enfermería, mediante la implementación de la gestión por procesos, de la sistematización de la información, de los procesos y procedimientos técnico administrativos, de la simplificación administrativa y organización estructural ágil.
- i) Promover el enfoque de inversión y presupuesto en enfermería basado en resultados.

Artículo 7.- FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA.

Son funciones de la Dirección Nacional de Enfermería las siguientes:

3. Función administrativa gerencial:

- a. Proponer las políticas de salud con énfasis en la gestión de la calidad del cuidado enfermero, prioridades sanitarias y estrategias de atención de salud de las personas y el modelo de atención integral de salud, con alcance sectorial e institucional.
- b. Dirigir, orientar, aprobar y evaluar los planes, programas y proyectos de las Direcciones Ejecutivas de Enfermería:
 - **Normas y Asesoría Técnica.**
 - **Monitoreo Supervisión y Evaluación.**
 - **Capacitación, Certificación, Acreditación y Auditoría.**
 - **Atención Primaria de la Salud: I Nivel de Atención**
 - **Atención Especializada II y III Nivel de Atención.**
 - **Inmunizaciones.**
- c. Dirigir, orientar, aprobar y evaluar los planes, programas y proyectos de las veinticinco Sub Direcciones Regionales de enfermería:
 - **Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali.**
- d. Dirigir, orientar, aprobar y evaluar los planes, programas y proyectos de las cuatro Coordinadoras Operativas de Enfermería:
 - **Institutos y Centros Especializados.**
 - **Hospitales Nacionales y Regionales.**
 - **Redes Sanitarias.**
 - **Instituciones Privadas.**
- e. Supervisar la aplicación de las políticas nacionales en las regiones, en las áreas de su competencia.
- f. Diseñar, conducir y aprobar el Sistema de la Gestión de la Calidad del Cuidado Integral de Enfermería, a la persona, a las familias y a los grupos comunitarios en los diferentes niveles de atención, con énfasis en la atención primaria en salud integral y atención especializada. Fortalecer el trato digno, personalizado y humano a la población asistida.



- g. Establecer, desarrollar y aprobar los planes estratégicos, la identificación de necesidades de salud de la población y la elaboración de estrategias objetivos, metas y prioridades a largo plazo de los servicios de enfermería, concordantes con los planes de gestión de los establecimientos de salud.
- h. Establecer y aprobar un modelo de gestión de los servicios de enfermería moderno y sistematizado y automatizado cuya estructura esté centrada en las cadenas de valor, en los resultados, tiempos, calidad, costos y satisfacción de los usuarios externos e internos, en la gestión estratégica, táctica y operativa, con equipos y funciones de alto rendimiento, en la mejora de la calidad del cuidado y de la atención.
- i. Aprobar los indicadores y estándares para la evaluación de la calidad de los servicios de salud y controlar su cumplimiento.
- j. Establecer las normas de monitoreo y evaluación de los servicios de enfermería y de supervisión y evaluación del desempeño del personal de enfermería, de los servicios de enfermería y la gestión sanitaria.
- k. Velar por la atención y la gestión de la calidad del cuidado de enfermería a los usuarios para orientar las acciones, promover y apoyar las iniciativas para la mejora continua.
- l. Aprobar las normas del sistema de acreditación de los servicios de enfermería.
- m. Aprobar las normas del proceso auditoría de los servicios de enfermería.
- n. Aprobar las normas del sistema de certificación del personal de enfermería.
- o. Gestionar el recurso humano de enfermería, que comprende la planificación, organización y dirección del personal de enfermería, incluyendo reclutamiento, selección, inducción, capacitación, evaluación del desempeño y desarrollo profesional.
- p. Proponer la designación de las/los Enfermeras(os) Directores Ejecutivas, Regionales y Coordinadoras operativas de Enfermería de los Organismos Descentralizados del Ministerio de Salud,
- q. Desarrollar el potencial humano, planificación, organización, dirección, control de la capacitación permanente en servicio, en coordinación con la Escuela de Salud Pública y las Universidades que ocupan los campos clínicos en los servicios de Enfermería y en la comunidad.
- r. Estimular la creación de un entorno laboral favorable que promueva la automotivación, el compromiso y fidelización del personal a la institución.
- s. Normar la aprobación de campos clínicos para docencia de los estudiantes de pre y post grado de la carrera profesional de enfermería y las pasantías, coordinando con las universidades para la implementación de la integración docencia- asistencia.
- t. Participar en el diseño y perfeccionamiento de los planes de estudio de la carrera de Enfermería y de las Especialidades en correspondencia con las necesidades del sistema de salud nacional y global.
- u. Impulsar la investigación en base a evidencias para fortalecer el Proceso de Atención de enfermería. La investigación operativa para sustento de solución de problemas o situaciones específicas.
- v. Implementar la rendición de cuentas de la gestión de los servicios de enfermería, resultados del mejoramiento de la calidad de los cuidados holísticos de enfermería, asegurando una atención segura, oportuna, continua, con pertinencia socio cultural.
- w. Participar en las acciones del Gobierno Nacional en materia de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales.
- x. Gestionar los proyectos de cooperación externos, promoviendo alianzas estratégicas intergubernamentales, e intersectoriales con instituciones y organizaciones sociales para la promoción de la Salud, en materias de su competencia. Suscribir los convenios con entidades externas de apoyo mutuo.
- y. Constituir con otras personas jurídicas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan el cumplimiento de las funciones o fines inherentes al cuidado de la salud.



- z. Participar con el Vice Ministro de Salud en la Comisión sectorial de descentralización.
- aa. Opinar técnicamente en materia de sus competencias.
- bb. Delegar las facultades y atribuciones que no sean privativas a su función de
- cc. Directora Nacional de Enfermería del MINSA.

1. Función normativa:

- a. Normar, la **gestión del cuidado integral de enfermería**, a la persona, a las familias en los diferentes niveles de atención, con énfasis en la atención primaria de la salud integral y atención especializada.
- b. Normar los **estándares de atención y cuidado de enfermería** y establecer la metodología para el **cálculo de brechas y dotación de personal profesional, técnicos** de Enfermería y auxiliares de enfermería en el ámbito nacional.
- c. **Estandarizar documentos técnico -normativos:** Guías de Prácticas Clínicas, Protocolos Sanitarios, etc. orientados a la mejora continua de la de la gestión y cuidados de enfermería, en coordinación con el Colegio de Enfermeros del Perú entidad normativa de la profesión de Enfermería.
- d. **Regular el ejercicio de la práctica profesional y técnica** en la atención y cuidado de enfermería.
- e. Establecer pautas para el **desarrollo de las especialidades de enfermería**.
- f. Establecer las **normas metodológicas y de control** para la organización y funcionamiento de los servicios de atención y cuidados de Enfermería.
- g. Aplicar metodologías de **mejoramiento continuo de la calidad**, de Deming (Planificar-Hacer- Verificar-Actuar), ayuda a identificar oportunidades de mejora en la gestión de servicios de salud, que implica establecer metas claras, recopilar datos, analizar resultados y realizar ajustes basados en evidencia.
- h. Establecer las normas para **cambiar el enfoque de un modelo predominantemente curativo a uno que ponga énfasis en la prevención y promoción de la salud** que tenga un impacto significativo en la gestión de servicios de salud, que implica invertir recursos en programas de educación, detección temprana de riesgos y enfermedades y promoción de estilos de vida saludables.
- i. **Implementar la tecnología informática en la gestión deservicios de enfermería** para mejorar su eficiencia operativa y la calidad del cuidado. Implementar los registros electrónicos del Proceso de Atención de Enfermería, basada en las necesidades de los usuarios, con herramientas de análisis de datos para fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia.
- j. Gestionar un **sistema informático para sistematizar y agilizar la gestión de sus servicios**, que permita poner en práctica el sistema de gestión de citas para controles, atenciones, sesiones y visitas domiciliarias de enfermería con los pacientes, fortalecer la tele- salud y la tele- enfermería a nivel nacional.
- k. Participar en la evaluación de la aplicación de los fondos destinados al financiamiento de las estrategias sanitarias del Ministerio de Salud, en el ámbito de su competencia.

5. Las demás funciones que le corresponda de acuerdo a las disposiciones legales vigentes y aquellas que le asigne el/la viceministro/a de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.

REQUISITOS MÍNIMOS

Formación profesional

- Título Universitario de Licenciada en Enfermería
- Estudios de posgrado en: Doctorado, Maestría o Especialidad en: Enfermería, Administración de Servicios de Salud, en Salud Pública o similares.

Experiencia profesional

- 05 años como Enfermera Asistencial
- 08 años en cargo de dirección: Directora Sectorial, o Jefe de Departamento de Enfermería
- Decana o Directora de Escuela Académico Profesional de Enfermería
- Decana Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú



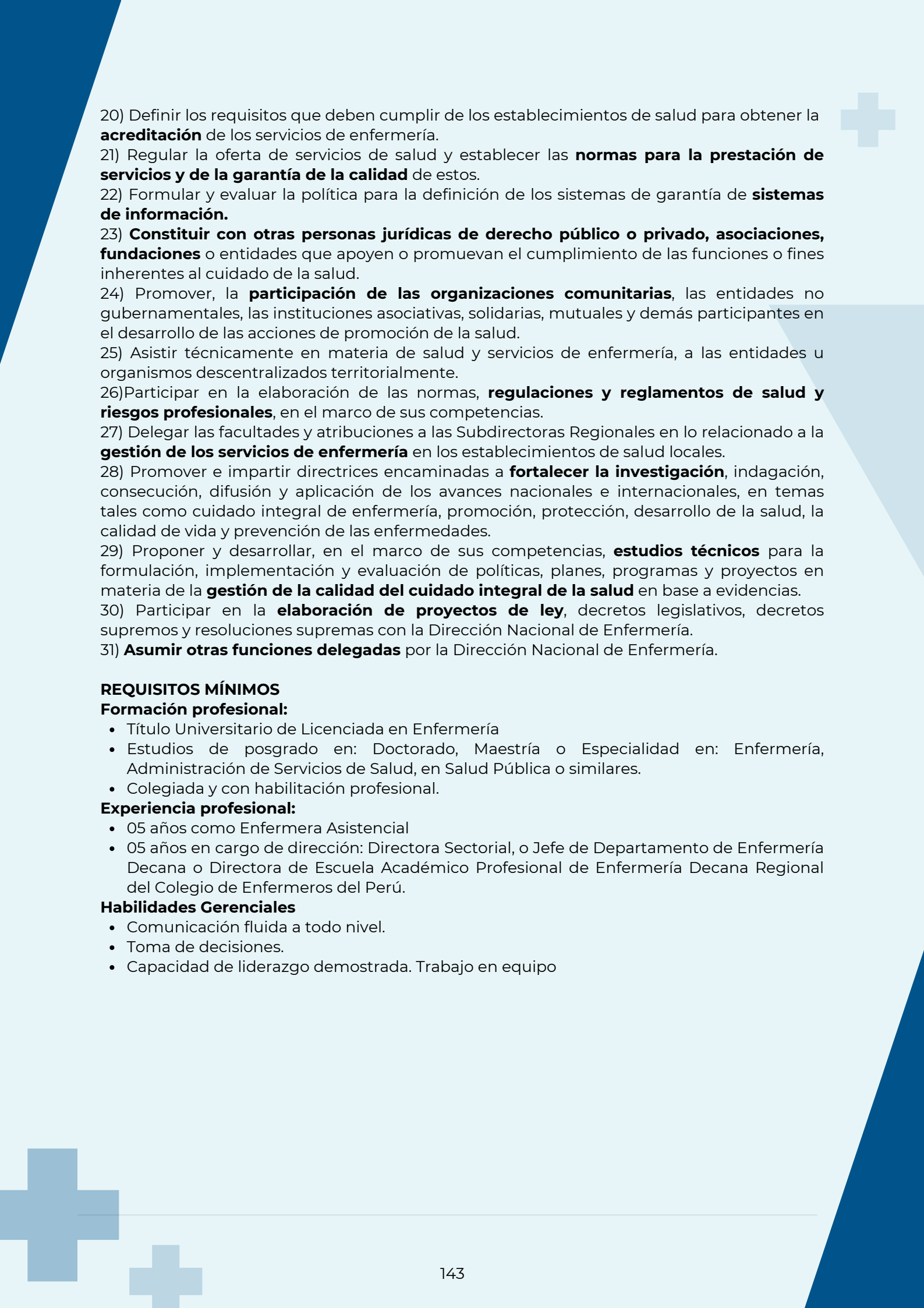
Habilidades gerenciales

- Comunicación fluida a todo nivel
- Toma de decisiones
- Capacidad de liderazgo demostrada
- Habilidad para las relaciones públicas
- Trabajo en equipo

Artículo 8.- FUNCIONES DE LAS DIRECCIONES EJECUTIVAS DE ENFERMERÍA MINSA

- 2) Desarrollar y evaluar los **planes, programas y proyectos** inherentes a cada Dirección Ejecutiva correspondiente: Normas y Asesoría Técnica. Monitoreo Supervisión y Evaluación. Capacitación, Certificación, Acreditación y Auditoría. Atención Primaria de la Salud: I Nivel de Atención. Atención Especializada II y III Nivel de Atención. Inmunizaciones.
- 3) Participar en la **formulación de políticas**, dirigir y evaluar los planes, programas y proyectos en materia de enfermería, salud pública, riesgos profesionales, y control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.
- 4) Integrar el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- 5) **Formular, adoptar, coordinar la ejecución y evaluar estrategias de promoción de la salud** y la calidad de vida, y de prevención y control de enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- 6) **Supervisar la aplicación de la política sectorial en las regionales**, en el área de su competencia
- 7) **Dirigir y orientar el sistema de vigilancia en salud pública.**
- 8) Evaluar los planes estratégicos, **objetivos, metas y prioridades** a largo plazo de los servicios de enfermería, concordantes con los planes de gestión nacional.
- 9) Supervisar y evaluar el **modelo de gestión de los servicios de enfermería moderno y sistematizado y automatizado**, centrado en las cadenas de valor, en los resultados, tiempos, calidad, costos y satisfacción de los usuarios externos e internos, en la gestión estratégica, táctica y operativa, con equipos y funciones de alto rendimiento, en la mejora de la calidad del cuidado y de la atención.
- 10) **Evaluar los indicadores y estándares** para la evaluación de la calidad de los servicios de salud y de la gestión de la calidad del cuidado, controlar su cumplimiento.
- 11) Establecer las normas de **monitoreo y evaluación** de los servicios de enfermería y de **supervisión y evaluación del desempeño del personal de enfermería**, de los servicios de enfermería y la gestión sanitaria.
- 12) Monitorear y evaluar **la atención y la gestión de la calidad del cuidado de enfermería** a los usuarios para orientar las acciones, promover y apoyar las iniciativas para la **mejora continua**.
- 13) Evaluar el **Sistema Regional de certificación** de competencias profesionales a las Licenciadas en Enfermería, de competencias al Técnico y Auxiliar de Enfermería.
- 14) Supervisar y evaluar las normas del **sistema de acreditación de los servicios de enfermería**.
- 15) Supervisar y evaluar las normas del proceso **auditoría de los servicios de enfermería**.
- 16) Formular, adoptar y coordinar las acciones de la Dirección Nacional de Enfermería, en materia de salud en **situaciones de emergencia o desastres naturales**.
- 17) Diseñar y evaluar las **políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios, de promoción y prevención, y riesgos profesionales y atención primaria, de sistemas de información y otros**.
- 18) Formular y evaluar la **política de talento humano en salud**, en coordinación con las entidades competentes, que oriente la formación, ejercicio y gestión del personal de enfermería.
- 19) Implementar y evaluar el **Sistema Regional de certificación** de competencias profesionales a las Licenciadas en Enfermería, de competencias laborales al Técnico y Auxiliar de Enfermería.



- 
- 20) Definir los requisitos que deben cumplir de los establecimientos de salud para obtener la **acreditación** de los servicios de enfermería.
- 21) Regular la oferta de servicios de salud y establecer las **normas para la prestación de servicios y de la garantía de la calidad** de estos.
- 22) Formular y evaluar la política para la definición de los sistemas de garantía de **sistemas de información**.
- 23) **Constituir con otras personas jurídicas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones** o entidades que apoyen o promuevan el cumplimiento de las funciones o fines inherentes al cuidado de la salud.
- 24) Promover, la **participación de las organizaciones comunitarias**, las entidades no gubernamentales, las instituciones asociativas, solidarias, mutuales y demás participantes en el desarrollo de las acciones de promoción de la salud.
- 25) Asistir técnicamente en materia de salud y servicios de enfermería, a las entidades u organismos descentralizados territorialmente.
- 26) Participar en la elaboración de las normas, **regulaciones y reglamentos de salud y riesgos profesionales**, en el marco de sus competencias.
- 27) Delegar las facultades y atribuciones a las Subdirectoras Regionales en lo relacionado a la **gestión de los servicios de enfermería** en los establecimientos de salud locales.
- 28) Promover e impartir directrices encaminadas a **fortalecer la investigación**, indagación, consecución, difusión y aplicación de los avances nacionales e internacionales, en temas tales como cuidado integral de enfermería, promoción, protección, desarrollo de la salud, la calidad de vida y prevención de las enfermedades.
- 29) Proponer y desarrollar, en el marco de sus competencias, **estudios técnicos** para la formulación, implementación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de la **gestión de la calidad del cuidado integral de la salud** en base a evidencias.
- 30) Participar en la **elaboración de proyectos de ley**, decretos legislativos, decretos supremos y resoluciones supremas con la Dirección Nacional de Enfermería.
- 31) **Asumir otras funciones delegadas** por la Dirección Nacional de Enfermería.

REQUISITOS MÍNIMOS

Formación profesional:

- Título Universitario de Licenciada en Enfermería
- Estudios de posgrado en: Doctorado, Maestría o Especialidad en: Enfermería, Administración de Servicios de Salud, en Salud Pública o similares.
- Colegiada y con habilitación profesional.

Experiencia profesional:

- 05 años como Enfermera Asistencial
- 05 años en cargo de dirección: Directora Sectorial, o Jefe de Departamento de Enfermería Decana o Directora de Escuela Académico Profesional de Enfermería Decana Regional del Colegio de Enfermeros del Perú.

Habilidades Gerenciales

- Comunicación fluida a todo nivel.
- Toma de decisiones.
- Capacidad de liderazgo demostrada. Trabajo en equipo



Artículo 9° - FUNCIONES DE LAS DIRECCIONES OPERATIVAS DE ENFERMERÍA DEL MINSA

- a. Supervisar, monitorear y evaluar los procesos inherentes a las actividades propias de la profesión de enfermería en las áreas asignadas a cada Dirección.
- b. Evaluar el rendimiento y productividad del personal del establecimiento de salud a su cargo.
- c. Participar en la formulación de del plan operativo anual de la Dirección a su cargo, en concordancia con el Plan Estratégico Sanitario Nacional.
- d. Conducir la ejecución y evaluación de los planes de cada establecimiento de Salud.
- e. Participar en la formulación y modificación, de los instrumentos técnico administrativos de los establecimientos a su cargo.
- f. Participar en la formulación, de los documentos normativos de gestión institucionales.
- g. Dirigir, coordinar y supervisar el desarrollo de procesos de investigación, proyectos y programas inherentes a la promoción, prevención y control de riesgos.
- h. Participaren la elaboración de planes de capacitación para el personal de enfermería en las áreas de promoción de la salud, prevención de riesgos y enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud en los diferentes niveles de atención.
- i. Brindar asistencia técnica, profesional a los órganos institucionales, en el desarrollo de las actividades técnicas que competen a dada Dirección Operativa.
- j. Participar e integrar comisiones o comités técnicos por delegación de la Dirección Nacional de Enfermería.
- k. Determinar los perfiles profesionales de los establecimientos de salud a su cargo.
- l. Elaborar los informes sobre los avances y logros de la gestión cada trimestre y el informe general anual.
- m. Participar en las funciones que la Dirección Nacional le asigne, en el área de su competencia.

REQUISITOS MÍNIMOS

Formación profesional

- Título Universitario de Licenciada en Enfermería
- Estudios de posgrado en: Doctorado, Maestría o Especialidad en: Enfermería, Administración de Servicios de Salud, en Salud Pública o similares.

Experiencia Profesional

- 05 años como Enfermera Asistencial,
- 10 años en cargo de dirección: Directora Sectorial, o Jefe de Departamento de Enfermería.
- Decana o Directora de Escuela Académico Profesional de Enfermería.
- Decana Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú.

Habilidades Gerenciales

- Comunicación fluida a todo nivel
- Toma de decisiones
- Capacidad de liderazgo demostrada



Artículo 10.- FUNCIONES DE LAS DIRECCIONES EJECUTIVAS REGIONALES DE ENFERMERÍA DEL MINSA

- o) Proponer políticas de salud **preventivo promocionales**, prioridades sanitarias y estrategias de atención de salud de las personas y el modelo de atención integral de salud, con alcance regional y evaluar las políticas vigentes.
- p) Planificar, dirigir y evaluar el desarrollo de las Estrategias Sanitarias Regionales en el ámbito de su competencia y de **los programas por etapa de vida de salud de las personas** en el contexto actual.
- q) Evaluar y proponer las **prioridades de desarrollo de los servicios de enfermería y de salud** de manera concertada con los niveles regionales, así como sus estrategias de implementación.
- r) Implementar el sistema informático que sustente y facilite la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, cumpliendo con fortalecer la gestión del cuidado enfermero a nivel nacional.
- s) Diseñar y conducir el **Sistema Regional de Gestión de la Calidad del Cuidado holístico** de Enfermería, dirigido a las personas en las diferentes etapas de vida, así como la categorización, y funcionamiento de los servicios de enfermería.
- t) Monitorear, evaluar y **mejorar continuamente el proceso de protección, recuperación y rehabilitación de la salud** en el sector, para la asignación y logro de los objetivos correspondientes.
- u) Implementar y conducir el Sistema Regional de certificación de competencias profesionales a las Licenciadas en Enfermería, de competencias al Técnico y Auxiliar de Enfermería.
- v) Dirigir y evaluar el Proceso Regional de **acreditación de los servicios de enfermería**.
- w) Dirigir el desarrollo del proceso Regional de auditoría de los servicios de enfermería y la puesta en marcha de los **Procesos de Mejora Continua de la Calidad**.
- x) Dirigir la ejecución de los Programas preventivo-promocionales en el área de enfermería en todos los niveles de atención. Estas actividades están dirigidas a planificar, gerenciar, ejecutar y evaluar los programas preventivo-promocionales a nivel intra y extrahospitalario.
- y) Lograr la aplicación y **mejora de las metodologías e instrumentos para la gestión sanitaria** Regional en el ámbito de su competencia.
- z) **Participar en la gestión de los proyectos de cooperación externa** relacionados a la salud preventivo promocional de la Región.
- aa) Identificar y priorizar las investigaciones operativas que permitan la búsqueda adecuación y creación de nuevos conocimientos, tecnologías y técnicas para el cuidado de la salud dirigido al logro de la excelencia y el mejoramiento de las intervenciones sanitarias en el ámbito de su competencia.
- bb) **Asumir otras funciones delegadas** por la Dirección Nacional de Enfermería.

REQUISITOS MÍNIMOS

Formación Profesional

- Título Universitario de Licenciada en Enfermería
- Estudios de posgrado en: Doctorado, Maestría o Especialidad en: Enfermería, Administración de Servicios de Salud, en Salud Pública o similares
- Colegiada y con habilitación profesional

Experiencia Profesional:

- 05 años como Enfermera Asistencial,
- 08 años en cargo de dirección: Directora Sectorial, o Jefe de Departamento de Enfermería
- Decana o Directora de Escuela Académico Profesional de Enfermería
- Decana Regional del Colegio de Enfermeros del Perú



Habilidades Gerenciales

- Comunicación fluida a todo nivel
- Toma de decisiones
- Capacidad de liderazgo demostrada

- **Trabajo en equipo**

Artículo 11°. - Encargar a la Oficina General de Planeamiento Estratégico, la incorporación de los cargos en el nuevo Clasificador de Cargos del Ministerio de Salud, en virtud de lo dispuesto en los artículos precedentes.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

.....
Ministro de Salud

ANEXO 2

Resolución Ministerial N° 053-2005/MINSA que aprobó la creación de los cargos de:

1. Coordinadora(o) del Cuidado Integral de Salud
2. Supervisora(o) del Cuidado Integral de Salud
3. Supervisora (o) de Enfermería
4. Coordinadora (o) del Cuidado Integral de Salud

"RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 053-2005/MINSA"

Lima, 21 de enero de 2005

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 9° de los Lineamientos para la Elaboración y Aprobación del Cuadro para Asignación de Personal - CAP de las entidades de la Administración Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 043-2004- PCM, dispone que los cargos son clasificados y aprobados por la propia entidad;

Que, el artículo 27° del Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 013- 2002-SA, establece como misión de las Direcciones de Red de Salud el lograr que toda la población asignada tenga acceso a los servicios de salud que administra y cuyos recursos gestiona y provee, para promocionar la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural, para restablecer su salud y para apoyar a las comunidades e instituciones en la construcción de entornos saludables;

Que, el personal de enfermería que labora en los establecimientos periféricos constituye el grupo ocupacional de mayor proporción, cuyas competencias y perfil profesional responden al cuidado integral que requieren las personas, familia y comunidad haciendo posible cumplir la misión de las Direcciones de Red;

Que, de acuerdo a lo establecido por la Ley N° 27669 Ley de Trabajo de la Enfermera Artículo 7° inciso (b) y por el Reglamento de la Ley N° 27669 Artículo 9° incisos (b) y (d) es responsabilidad de la Enfermera(o) el supervisar al personal no profesional de enfermería, así como también el planificar, ejecutar y evaluar la formación y capacitación del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería a su cargo;

Que, el Reglamento de la Ley N° 27669 - Ley de Trabajo de la Enfermera en su Artículo 5° inciso (b) dispone que para brindar el cuidado integral de la salud se deben desarrollar procesos dirigidos a planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar el producto de los servicios de enfermería en todos los establecimientos dedicados a la atención de salud y otros afines;



Que, el diseño organizacional de las Redes de Salud requiere ser adecuado para facilitar el desarrollo de los procesos de supervisión, monitoreo y capacitación a cargo del personal de enfermería, a fin de garantizar un cuidado integral de salud de calidad a las personas, familia y comunidad contribuyendo al cumplimiento de los lineamientos y políticas de salud; Que, para cumplir con lo señalado en el considerando precedente, es necesario establecer nuevos cargos, en concordancia con los lineamientos vigentes para la elaboración del Cuadro para Asignación de Personal; De conformidad con el artículo 201.1 de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General y el artículo 8° inciso (1) de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE

Artículo 1º. - Aprobar la creación del cargo de **Coordinadora(o) del Cuidado Integral de Salud**, en las Direcciones de Red de Salud, con **nivel F4** con el siguiente tenor:

Funciones

- a. Conducir los procesos de Planificación, organización, dirección, supervisión y evaluación del producto de los servicios de enfermería en el ámbito de la red para el cuidado y atención de la salud de las personas, familia y comunidad en los entornos donde éstas se desarrollan en coordinación con el personal de enfermería de las microrredes.
- b. Participar en la elaboración del Plan de Salud de la Red y en la formulación y/o adecuación de las políticas y lineamientos para la promoción, la gestión de la calidad, la atención integral de salud y la prevención de la enfermedad.
- c. Participar en el monitoreo, supervisión y evaluación de la calidad de la atención integral de salud, la satisfacción del usuario e impulsar el desarrollo de procesos de mejora continua.
- d. Brindar asistencia técnica y capacitar permanentemente al recurso humano de salud haciendo uso de técnicas de educación para adultos.
- e. Conducir el proceso de evaluación del desempeño del personal profesional y no profesional de enfermería en el ámbito de la Dirección Red.
- f. Participaren la elaboración, evaluación y aplicación de proyectos, normas técnicas, protocolos y procedimientos de atención integral y trabajo con la comunidad
- g. Controlar el cumplimiento de las metas de las actividades programadas para el cuidado integral de salud en el ámbito de su competencia. Promover y vigilar la difusión y el respeto de los derechos ciudadanos en salud y la participación ciudadana.
- h. Participar en el análisis y sistematización de la información para la toma de decisiones en la gestión y administración de los servicios y el cuidado integral de la salud.

Requisitos del cargo educación

- Título Profesional en Enfermería
- Maestría en Salud Pública y/o Gerencia de Servicios de Salud. Experiencia
- Experiencia no menor de 3 años en cargos directivos o en la conducción de equipos de profesionales.
- Experiencia en labor asistencial en establecimientos de primer nivel de atención no menor de 5 años.



Artículo 2º. - Aprobar la creación del cargo de **Supervisora(o) del cuidado Integral de Salud**, en las Microrredes de Salud, órgano de línea de las Direcciones de Red de Salud, con nivel F3, con el siguiente tenor:

Funciones

- a. Coordinar la elaboración, adecuación, ejecución y evaluación de los planes, normas técnicas, protocolos, procedimientos y trabajo comunitario con los establecimientos de la microrred, según corresponda, para el cuidado integral de salud.
- b. Participar en las actividades relacionadas a la garantía y mejoramiento de la calidad de la atención.
- c. Vigilar el cumplimiento de la programación de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el ámbito de la microrred y prestar la asistencia técnica que el caso requiera.
- d. Realizar monitoreo y supervisión al personal profesional y no profesional de enfermería de los establecimientos de salud de la microrred.
- e. Propiciar la capacitación del personal de enfermería a nivel de la Microrred.
- f. Efectuar coordinaciones con autoridades y grupos organizados de la población para la ejecución de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel de la microrred.
- g. Proponer, difundir y asegurar la aplicación de los protocolos y guías de atención de enfermería a nivel de la microrred.
- h. Analizar, consolidar y mantener información actualizada sobre las estrategias sanitarias, proyectos y otras actividades sobre el cuidado de salud integral que se desarrollen en la microrred.

Requisitos del cargo Educación

- Título Profesional en Enfermería
- Estudios de Posgrado en Salud Pública y/o Análisis Epidemiológico Experiencia
- Experiencia en labor asistencial en establecimientos de primer nivel de atención no menor de 5 años.

Artículo 3º. - Aprobar la creación del cargo de **Supervisora (o) de Enfermería**, para ser considerado en las Microrredes de Salud, órgano de línea de las Direcciones de Red de Salud, con **nivel F3**, con el siguiente tenor:

Funciones

- a. Participar en la elaboración, ejecución y evaluación del Plan de Actividades del establecimiento de salud.
- b. Elaborar la programación mensual de personal profesional y no profesional de enfermería a su cargo, de acuerdo con las necesidades del establecimiento para la atención integral a los usuarios, familia y comunidad.
- c. Monitorear y supervisar al personal profesional y no profesional de enfermería a su cargo asignados a las áreas de Internamiento, cuidados del recién nacido, esterilización, consulta externa, tópico y otros ambientes del centro de salud.
- d. Evaluar la calidad de la atención de enfermería mediante estándares de calidad, la aplicación de normas, protocolos y procedimientos de enfermería para el cuidado de la persona, familia y comunidad a nivel intra y extramural.
- e. Determinar la necesidad de insumos, materiales y equipos para el trabajo de enfermería del Centro de Salud.
- f. Monitorear los avances y estrategias de Promoción y educación para la Salud en el ámbito jurisdiccional.
- g. Evaluar el desempeño del personal a su cargo.



Requisitos del Cargo Educación

- Título Profesional Universitario de Enfermería.
- Estudios de Posgrado en Salud Pública y/o Gestión de Servicios de Salud. Experiencia
- Experiencia en labor asistencial no menor de 3 años en establecimientos de primer nivel de atención.

Artículo 4º. - Para la aplicación de lo establecido en el artículo precedente la Dirección de Red deberá adjuntar el sustento correspondiente y contar con la opinión técnica favorable de la Oficina General de Planeamiento Estratégico.

Artículo 5º. - Encargar a la Oficina General de Planeamiento Estratégico, la incorporación de los cargos en el nuevo Clasificador de Cargos del Ministerio de Salud, en virtud a lo dispuesto en los artículos precedentes.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

PILAR MAZZETTI SOLER

Ministra de Salud"



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencia bibliográfica: GESTIÓN DE LA CALIDAD DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dieg Ayuso Murillo – Begona de Andrés Gimeno (Directores-Coordinadores). <https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788499698830.ped>

Razón de atenciones de emergencia por enfermera en un mes

Normas de la Calidad del Cuidado Enfermero 2015. Colegio de Enfermeros del Perú.

SATURNO-HERNANDEZ, Pedro Jesús et al. Indicadores de calidad de la atención a neonatos con patologías seleccionadas: estudiopiloto. Salud pública Méx [online]. 2019, vol.61, n.1 [citado 2023-05-26], pp.35-45. Disponible en:

<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342019000100009&lng=es&nrm=iso>.

Epub 01-Ene-2019. ISSN 0036-3634. <https://doi.org/10.21149/9271>.

Saturno-Hernández, Pedro Jesús, Poblano-Verástegui, Ofelia, Flores-Hernández, Sergio, Ángel-García, Daniel, O´Shea-Cuevas, Gabriel Jaime, Villagrán-Muñoz, Víctor Manuel, Halley-Castillo, María Elizabeth, & Delgado-Sánchez, Verónica. (2019). Indicadores de calidad de la atención a neonatos con patologías seleccionadas: estudio piloto. Salud Pública de México, 61(1), 35-45. Epub 01 de enero de 2019.<https://doi.org/10.21149/9271>

Quality care indicators for neonates with selected pathologies: pilot study Pedro Jesús Saturno-Hernández, MC, Ph D1 Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.2 Universidad Católica San Antonio de Murcia, Departamento de Ciencias de la Salud. Murcia, España.3 Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Ciudad de México, México.

Tourangeau AE, Doran DM, McGillis L, O'Brien-Pallas LL, Pringle D, Tu JV et al. Impacto- f hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. J Adv Nurs 2007 Jan ; 57(1): 32-44

U.S. Department of health & human Services. AHRQ. Los cuidados supervisados por enfermeras mejoran el funcionamiento vital de pacientes con insuficiencia cardiaca que residen en comunidades minoritarias.

Press Release 2006 Ago 15. Hallado en: <http://www.ahrq.gov/news/press/pr2006/spnursepr.htm> [Acceso el 9 de septiembre de 2007].

La legislación del Cuidado, en la Legislación Chilena: Interpretación y alcance. Paulina Milos H. Blanca Bórquez P. Ana Isabel Larraín. versión On-line ISSN 0717-9553 Ciencias de Enfermería. v.16 n.1 Concepción 2010

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-532010000100003>

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100003

Mesa L. La enfermera es la primera línea de defensa en la seguridad del paciente. Evidentia 2007; 4(18). Health care at the crossroads: Strategies for addressing the evolving nursing crisis. Jt Comm J Qual Saf 2003 Jan; 29(1): 41-50.



CAPÍTULO I:

CALIDAD DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO

III.METODOLOGÍA PARA ESTABLECER LA BRECHA DE PERSONAL DE ENFERMERÍA DESCRIPTORES TEMÁTICOS

Identificación de modelos de dotación de recursos humanos de enfermería y establecimiento de la metodología para establecer la brecha de personal de enfermería, con una plataforma digital de soporte, que tenga las mejores condiciones para ser aplicada en la realidad con celeridad y responda a las necesidades de las personas sanas o enfermas y permita condiciones de trabajo para las profesionales de enfermería que generen satisfacción y fidelización con las instituciones a las que sirve.

INTRODUCCIÓN

Enfermería en el mundo entero se considera como una necesidad prioritaria para la salud de la población. En todo ámbito que se requiera de una profesional de enfermería, se enfrenta a desafíos crecientes para responder la demanda de las poblaciones objetivo y a menudo este talento humano es insuficiente debido a que la distribución de su personal está con frecuencia mal equilibrada entre zonas urbanas y rurales y entre los niveles primario, secundario y terciario de atención, en los diferentes sectores ya sea público o privado.

Por ello se afirma que la enfermera/o desarrolla sus actividades de atención y cuidados al individuo, familia y comunidad más allá de los servicios de salud, porque es capaz de posicionarse en los lugares más impensables para ayudar a cuidar la salud y la vida de la población.

Existen diversos criterios que orientan la determinación de las necesidades del recurso humano de enfermería en las instituciones de salud. Estos criterios obedecen a los avances científicos y técnicos de salud, a los perfiles epidemiológicos, académicos y profesionales del personal, desde la dinámica del contexto social, político, cultural y de los servicios de salud, tanto públicos como privados. La dotación y el requerimiento del personal de enfermería, así como su distribución, son competencia exclusiva de las enfermeras administrativas y gestoras, quienes a su vez se preocupan porque la satisfacción de las necesidades del paciente y familia, sean de calidad, así como las condiciones de trabajo de las(os) profesionales.

La OPS 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).

Teniendo en cuenta que “El RRHH constituye un elemento fundamental en la producción de servicios de salud”, se ha llegado a precisar el tiempo de atención directa de enfermería que los pacientes requieren en 24 horas, que se traduce en los índices e indicadores de atención enfermera-paciente en 24 horas, según grado de dependencia, complejidad de los servicios y procedimientos, que, sirven a las instituciones de salud para calcular los recursos humanos que se asignan en las unidades hospitalarias. No se pueda asegurar que haya suficientes RRHH disponibles con las competencias adecuadas para dar la atención sanitaria requerida y de calidad a la población debido a la complejidad de la atención y el cuidado holístico de enfermería, en el tránsito de la salud enfermedad por el que atraviesa el ser humano.



En el Perú la prestación de los servicios de salud asistenciales y preventivos se ha convertido gradualmente en un serio problema de las instituciones, al haberse ampliado la demanda y convertido la oferta en insuficiente. La escasez de recursos humanos (RRHH), económicos y de infraestructura impide que los servicios puedan satisfacer todas las necesidades de la población, de tal manera que no se brindan de forma equitativa. Consecuentemente, la calidad de la atención sigue siendo un reto para el Sistema de Salud en nuestro país, que cuenta con sub sectores: Ministerio de Salud (MINSA), Seguro Social de Salud (ESSALUD), Fuerzas Armadas: Ejército, Fuerza Aérea y Marina de Guerra (FFAA), Policía Nacional del Perú (PNP) Servicios Privados: Clínicas, servicios de salud municipales, de gobiernos regionales, entre otros, en los cuales la dotación de personal de enfermería adolece de imperfecciones, ocasionando limitaciones para alcanzar la anhelada calidad en la atención y cuidado de la persona, familia y comunidad.

La atención a los usuarios de los servicios de salud, es una demanda social que requiere respuestas inmediatas y aceptables, en tanto existan necesidades de los usuarios que deben ser satisfechas por el personal de salud de las instituciones, en especial por el personal de enfermería que conforman este sector, en el tiempo y calidad requeridos.

El proceso de planificación de los RRHH en salud, abarca las políticas, sistemas y procedimientos, que tienen por objetivo asegurar el número apropiado de personas, con las cualificaciones y especificaciones que la organización determine, considerando su disponibilidad en tiempo productivo y en los lugares requeridos.

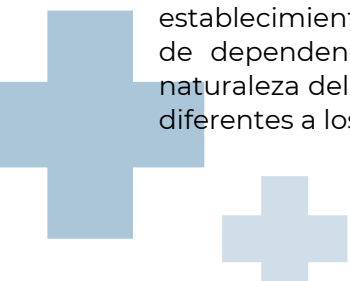
Las autoridades de enfermería tienen que identificar las necesidades actuales y anticiparse a sus necesidades de personal futuras, tanto en términos cuantitativos como cualitativos, asegurando el número suficiente disponible las 24 horas del día. La planificación, requiere de una metodología práctica para estimar la brecha y determinar la dotación de personal.

La gran preocupación sobre el equilibrio de la fuerza de trabajo, dentro y entre las instituciones de servicios, adquieren importancia en la búsqueda de la mejor manera de responder a los desafíos señalados. Las/os enfermeras/os y todas las categorías de personal para la prestación de servicios son un recurso costoso y difícil de conseguir en el sistema laboral, y son indispensables. En ese sentido, se plantea la problemática de cómo gestionar eficientemente este recurso que no vendría a ser costoso, pero si esencial para conseguir una distribución más justa de la carga de trabajo y una mejor productividad, que finalmente resultaría ser una inversión, porque con salud, hay educación y trabajo por ende mayor producción -productividad social y crecimiento económico en el país.

En el contexto de la gestión de enfermería, la dotación del personal ha ganado cada vez mayor importancia en la planificación de las acciones del cuidado para la seguridad del paciente y calidad asistencial en las instituciones de salud a nivel nacional, regional y local.

La Dirección General de Personal del Ministerio de Salud-DGGDRH, como entidad rectora en salud, desde hace algunos años viene implementando algunas medidas para mejorar la disponibilidad de los recursos humanos, plasmados en la publicación titulada “Los Desafíos de la Dotación de los Recursos Humanos en Salud: Experiencias y Mejores Prácticas en el Ministerio de Salud del Perú”, sin embargo, las necesidades no han podido ser cubiertas, es más, cada día se acrecientan por el incremento poblacional, las enfermedades crónicas y el cambio del perfil epidemiológico.

Con este motivo se han realizado diversos estudios con la finalidad de precisar el tiempo de atención de enfermería que demandan los pacientes en su estancia hospitalaria, atendiendo entre otros factores fundamentales, la población adscrita, la estructura física de los establecimientos de salud, el número de pacientes, a complejidad de los servicios, el grado de dependencia de los usuarios, las condiciones de trabajo entre otros, dado que la naturaleza del trabajo de enfermería es múltiple y diversa y sus indicadores de medición son diferentes a los de otros profesionales.





Para obtener una adecuada dotación del personal de enfermería, se debe tener en cuenta, en primer lugar el deseo real de las autoridades de solucionar el problema de la escasez de personal de enfermería, además de utilizar una fórmula de cálculo para hallar el valor adecuado, la manera como está conformado el sistema de salud en el país, la forma de distribución del personal a nivel de las instituciones y los factores e indicadores que interfieren en la dotación adecuada, y que generan escasez del personal, sin olvidar las consecuencias que recaen en el cuidado de calidad que requieren los pacientes/usuarios.

El Colegio de Enfermeros del Perú, a fin de direccionar, articular e integrar los diversos esfuerzos que desarrollan las enfermeras administrativas y gestoras para conducir los servicios de enfermería con eficacia, eficiencia y efectividad, ha considerado necesario actualizar y definir un documento técnico - normativo que estandarice los procedimientos relacionados a la dotación de personal y el establecimiento de brechas para asegurar la calidad del cuidado de enfermería, en el corto, mediano y largo plazo.

El objetivo de la gestión de talentos humanos es disponer del número adecuado de personal de enfermería, con los conocimientos adecuados, con competencias actualizadas, en el lugar correcto, en el momento apropiado, con la actitud congruente, haciendo el trabajo acertado, al precio justo y con la adecuada productividad.

Los cargos de gestión administrativa requieren de un método de dotación de personal de enfermería adecuada a la realidad y sistematizada que permita tomar decisiones para responder de manera correcta a la demanda de más de 33 millones de ciudadanos y permita dirigir adecuadamente sus valiosos recursos humanos, considerando los indicadores de carga de trabajo para la estimación de personal necesario constituyen parte importante de este tipo de método. En ese contexto presentamos la metodología de dotación de personal de enfermería y basado en la carga de trabajo y grados de dependencia para las unidades productoras de servicios de salud. :: **Fernández**

ANTECEDENTES:

Las normas emitidas por el Colegio de Enfermeros del Perú desde el año 1978 respecto a la calidad del cuidado siempre han tenido un respaldo científico y técnico, de alcance nacional e internacional, así como la metodología para el establecimiento de BRECHAS, trabajo efectuado en colaboración con las enfermeras canadienses, con quienes se ejecutó el estudio de tiempos y movimientos para sustentar científicamente los índices de atención de enfermería en 24 horas, lo cual se ha ido aplicando y considerado a nivel nacional e internacional como referente conforme transcurría el tiempo, hasta la actualidad.

Posteriormente trabajó las normas respecto a la dotación de recurso humano en enfermería y determinación de brechas, en la gestión de la Magister Blanca Carruitero Giove, Decana Nacional y el Consejo Directivo Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú en el año 2008, normas que rigieron en todo el territorio de la República.

Siete años después, en el año 2014 a enero del año 2015, en la gestión de la Magíster Ana María Arenas Angulo, Decana Nacional y el Consejo Directivo Nacional, se decidió actualizar este importante documento normativo, con la participación de expertas de MINSA, ESSALUID, FFAA. PNP y Clínicas Privadas, el cual se encuentra vigente hasta la fecha.



En el presente año 2023 luego de ocho años el Consejo Directivo Nacional liderado por la Doctora Josefa Vásquez Cevallos, Decana Nacional, consideró pertinente actualizar las normas, debido a que se ha observado que existen una variedad de métodos sobre la dotación de recursos humanos en todos los sub sectores, hemos podido apreciar que existen normas que han sido trabajadas por personal que no conoce la naturaleza del trabajo de enfermería y de manera integral el ejercicio profesional de la enfermera; resultando extremadamente complejo estudiar cada servicio, porque todos los pacientes tienen una alta variabilidad en su condición de salud y en su evolución, la homologación es una aspiración para una trascendente modernización de los servicios de salud con metodología sustentada en plataformas virtuales que faciliten su manejo, sin embargo no tenemos los medios económicos ni humanos para realizar tal proceso, sin embargo, siempre se ha intentado obtener una dotación de personal mediante las normas emitidas por el CEP, es decir se ha considerado, las necesidades reales de los servicios, las de los pacientes, las del propio personal, sin embargo siempre las autoridades institucionales han tenido un argumento para no llegar a la implementación real de personal y evitar la carga de trabajo que existe en la mayoría de establecimientos de salud del estado, lo cual, no permite que las enfermeras (os) puedan ejecutar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que por Ley del Trabajo de la Enfermera Peruana N° 27669 se debe poner en ejercicio. **(AMAA 2023)**

La inestabilidad del estado de los pacientes, es decir el nivel de dependencia de los usuarios del personal de enfermería, es un problema permanente para la asignación del potencial humano, el cual en la mayoría de establecimientos de salud no se ajusta a las necesidades de los servicios, lo que impide anticipar las necesidades futuras de los pacientes con suficiente precisión.

La demanda de los servicios se basa en el cálculo de probabilidades, ya que los ingresos, estadías y egresos se encuentran ligados en gran parte a fenómenos causales, que requieren ser precisados y actualizados por la enfermera(o) demandando un tiempo adicional en sus funciones diarias, que además requiere de una plataforma virtual que permita la agilización de los procesos, especialmente el PAE que debe ser aplicado y registrado.

El tiempo para satisfacer las necesidades de los pacientes y familia, así como las necesidades de la organización y del personal, debe considerar la todos las funciones asistenciales, las funciones administrativo gerenciales, las reuniones técnico administrativas y de los comités, los estudios de investigación, las funciones docentes y las actividades culturales de la institución, lo cual no se considera.

Otro aspecto importante es el promedio diario de ocupación de camas, que está sujeto a fluctuaciones causales y estacionales que no permiten predecir el número exacto de pacientes y de personal necesario, debiendo muchas veces desplazarse al personal de otros servicios, lo cual genera inestabilidad y estrés porque no necesariamente son las mismas especialidades y se han presentado serios problemas inclusive de orden legal. La tendencia de utilizar promedios para facilitar la dotación de personal es otra forma que se utiliza con la finalidad de no dejar un solo servicio sin personal, aunque no sea la dotación requerida, con los riesgos que esto genera.

La elaboración del Cuadro de Necesidades de personal de enfermería siempre ha sido responsabilidad de la Dirección o Jefatura del Departamento de Enfermería, de las Supervisoras y de las Jefes de Servicios de Enfermería, constituyen una obligación del equipo que gestiona los servicios de enfermería quienes deben sustentar las necesidades de personal de enfermería, mínimamente una vez al año, para su aprobación en el presupuesto del establecimiento de salud, considerando además, las plazas reales para los concursos de cargos de dirección de la Unidad Orgánica de Enfermería: Directoras, Jefas de Dpto., Enfermeras Supervisoras, Jefes de servicio de Enfermería, descatando la Ley del Trabajo de la Enfermera. . **(AMAA 2022)**



JUSTIFICACIÓN

“Según el Decreto Legislativo 584 (Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud), el MINSA es la máxima autoridad sanitaria y el ente rector del Sistema Nacional de Salud”.

MINSA

“La Ley General de Salud (LGS) asigna al MINSA la dirección y gestión de la política nacional de salud, así como la supervisión de su cumplimiento de conformidad con la política general del gobierno. También establece que **el gobierno es responsable de proveer los servicios de salud pública a toda la población** y que la salud individual es una responsabilidad compartida por el individuo, la sociedad y el Estado”. **MINSA**

“Uno de los retos más importantes para el país es erradicar la **exclusión sanitaria**, que afecta a entre 10 y 20% de la población nacional. Asimismo, el sistema de salud debe prepararse para afrontar las consecuencias del envejecimiento poblacional. Para ello **es indispensable rediseñar su modelo de atención con base en la atención primaria**”. **Alcalde**

“El Perú también requiere de una **sólida política de formación y desarrollo de recursos humanos** que permita responder a las nuevas necesidades”. A pesar del déficit de profesionales de salud en la mayoría de departamentos del país, existe una baja oferta de puestos de trabajo en las instituciones de salud, lo cual provoca desempleo, subempleo y migración”. **Alcalde**

Durante su participación en el VI Encuentro Nacional de Recursos Humanos de Salud, evento organizado por el Ministerio de Salud, el ministro Hernando Cevallos destacó la labor de los trabajadores del sector y comentó que es necesario implementar políticas de descentralización para resolver la brecha del personal de salud que existe en el país. Se acordó una agenda de trabajo del 2022 al 2026.

“Necesitamos **políticas claras de descentralización; existen regiones que no tienen los recursos humanos** que realmente necesitan. Hay una enorme inequidad en la distribución de los recursos humanos de salud del país”, indicó el titular del Minsa.

El Ministro, asimismo, se refirió a la **brecha de personal de salud** que padece el primer nivel de atención, indicando que el país requiere más trabajadores en el área asistencial. “Somos un país con un enorme déficit de recursos humanos, necesitamos alrededor de 70 000 trabajadores en el área asistencial del sector salud”, precisó el ministro.

Existen diversos criterios que orientan la determinación de las necesidades del recurso humano en las instituciones de salud, en especial del personal de enfermería, quienes deben afrontar la gestión del cuidado directo e integral las 24 horas del día. Estos criterios obedecen a los avances científicos y técnicos de salud, a los perfiles epidemiológicos, académicos y profesionales del personal, desde la dinámica del contexto social, político, cultural y de los servicios de salud, tanto públicos como privados. La dotación y el requerimiento del personal de enfermería, así como su distribución, son competencia exclusiva de las enfermeras administrativas y gestoras, quienes a su vez se preocupan porque la satisfacción de las necesidades del paciente y familia, sean de calidad total, así como las condiciones de trabajo de las(os) profesionales.

Teniendo en cuenta que “El RRHH constituye un elemento fundamental en la producción de servicios de salud”, se ha llegado a precisar la carga de trabajo y el tiempo de atención directa de enfermería que los pacientes requieren en 24 horas, mismo que se traduce en los índices e indicadores de atención enfermera-paciente en 24 horas, según grado de dependencia, complejidad de los servicios y procedimientos, que, sirven a las instituciones de salud para calcular los recursos humanos que se asignan en las unidades hospitalarias.



La Organización Panamericana de salud (OPS) 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).

La Dirección General de Personal del Ministerio de Salud-DGGDRH, como entidad rectora en salud, desde hace algunos años viene implementando algunas medidas para mejorar la disponibilidad de los recursos humanos, plasmados en la publicación titulada “Los Desafíos de la Dotación de los Recursos Humanos en Salud: Experiencias y Mejores Prácticas en el Ministerio de Salud del Perú”, sin embargo, las necesidades no han podido ser resueltas.

Con este motivo se han realizado diversos estudios con la finalidad de precisar el tiempo de atención de enfermería que demandan los pacientes en su estancia hospitalaria, atendiendo entre otros factores fundamentales, la población adscrita, la estructura física de los establecimientos de salud, el número de pacientes, la complejidad de los servicios, el grado de dependencia de los usuarios, los índices de atención, las condiciones de trabajo entre otros, dado que la naturaleza del trabajo de enfermería y sus indicadores de medición son totalmente diferentes a los de otros profesionales.

Para obtener una adecuada dotación del personal de enfermería, se debe tener en cuenta, además de la fórmula de cálculo para hallar el valor promedio, la manera como está conformado el sistema de salud en el país, la forma de distribución del personal a nivel de las instituciones, las condiciones de trabajo y los factores e indicadores que interfieren en la dotación adecuada, y que generan escasez del personal, sin olvidar las consecuencias que recaen en la atención y el cuidado de los usuarios.

El presente documento normativo, tiene el propósito de servir como guía a todas las instituciones del Sector Salud: MINSA, ESSALUD, FFAA, PNP, Entidades Regionales, Municipales y Clínicas Privadas, para determinar la brecha los recursos humanos en enfermería, así como los procedimientos mediante los cuales se facilite y asegure que la dotación adecuada de recursos humanos en los servicios de enfermería, se calcule con criterios técnicos previamente determinados, tales como la complejidad del cuidado, el grado de preparación académica del personal de enfermería, condiciones de infraestructura física y tecnológica, estructura organizacional de enfermería, nivel de atención del establecimiento, la complejidad de los servicios y los procedimientos, y los grados de dependencia. El documento será presentado por el Colegio de Enfermeros del Perú, entidad normativa del ejercicio profesional, conforme a Ley, al MINSA en su calidad de ente rector de salud para su aprobación y aplicación a nivel nacional y al Ministerio de Economía y Finanzas para la regularización de las compensaciones económicas a fin de cortar el desorden y discriminación de los presupuestos utilizados en el personal de enfermería y no se siga minimizando el importante rol de la enfermera peruana en salud.

FINALIDAD

Promover la implementación de estrategias de dotación de recursos humanos en enfermería para cubrir las necesidades de los servicios asistenciales de los establecimientos de salud públicos y privados, de diferentes niveles de atención: MINSA, ESSALUD, FFAA, PNP, Regionales, Municipales. Clínicas Privadas, entre otros.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer la metodología para la estimación de la dotación y la brecha del personal de enfermería basada en la carga de trabajo de la oferta, orientado a la demanda que permitan la estandarización de los procesos de planificación, dotación de los recursos humanos, monitoreo y control de la calidad, para garantizar que la atención y cuidado de enfermería a la persona, familia y grupos comunitarios sean integrales, seguros, oportunos, continuos y humanos, considerando la brecha y la dotación de personal de suplencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Actualizar los procedimientos para identificar la disponibilidad del personal de enfermería de los servicios asistenciales de los establecimientos de salud de diferentes niveles de atención.
- Sistematizar la información de los Índices de Atención y Proceso de Atención de Cuidado de Enfermería en 24 horas en relación a los Grados de Dependencia de los pacientes, que contienen las actividades de asistencia directa e integral, así como de las actividades de soporte asistencial, de las actividades: administrativas, docentes, educativas y de investigación que sustentan la gestión del cuidado integral de Enfermería y que realizan las enfermeras en cargos directivos de la Unidad Orgánica de Enfermería.
- Actualizar los procedimientos para el cálculo de la dotación y de la brecha de personal de enfermería de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) Nivel I, Nivel II y Nivel III, de los Establecimientos de Salud (EESS), equilibrando los criterios institucionales de la oferta, con las demandas de los usuarios respecto a las prestaciones colectivas e individuales que ofertar el personal de enfermería en el sistema de salud.

1. MARCO LEGAL DE LA RESPONSABILIDAD Y FUNCIONES DE LA ENFERMERA(O)

2. Conceptualización Operativa de términos

3. Conceptos metodológicos.

4. Disponibilidad del personal de enfermería en las Unidades Productoras de Servicios de Salud de los Establecimientos de Salud, de diferentes niveles de atención.

5. Cálculo de la dotación de personal de enfermería en las Unidades Productoras de Servicios de Salud de los Establecimientos de Salud, de diferentes niveles de atención.

6. Determinación de la brecha de personal de Enfermería en las Unidades Productoras de Servicios de Salud de los Establecimientos de Salud, de diferentes niveles de atención.

1. MARCO LEGAL DE LA RESPONSABILIDAD Y FUNCIONES DE LA ENFERMERA(O)

Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera(o)

1.1 CAPÍTULO II. DE LA RESPONSABILIDAD Y FUNCIONES DE LA ENFERMERA(O)

Artículo 8°.- De las Responsabilidades de la Enfermera(o)

Son responsabilidades de la enfermera(o) la defensa de la vida, desde su concepción hasta la muerte natural, la promoción y **cuidado integral de la salud, la participación conjunta en el equipo multidisciplinario de salud, en la solución de la problemática sanitaria de la persona, la familia y la comunidad**, así como en el desarrollo socioeconómico del país.

Artículo 9°.- De las Funciones de la Enfermera(o)

Corresponde a la enfermera(o) el ejercicio de las siguientes funciones: **Desarrollar actividades preventivo-promocionales en el área de su competencia en todos los niveles de atención. Estas actividades están dirigidos a planificar, gerenciar, ejecutar y evaluar los programas preventivo-promocionales** a nivel intra y extra hospitalario.



Artículo 10°.- De la Participación de la Enfermera(o) La enfermera(o) participa: a) En la **formulación y evaluación de los planes y programas de salud de carácter local, regional y nacional**, de acuerdo a la realidad y necesidades sanitarias del país, formando parte de los comités y órganos respectivos.

1.2 CAPÍTULO VI DE LA MODALIDAD DE TRABAJO

Artículo 17°.- De la Jornada Laboral La jornada laboral de la enfermera(o) tiene una duración máxima de treinta y seis (36) horas semanales o su equivalente a **ciento cincuenta (150) horas mensuales**, incluyendo la jornada de guardia diurna y nocturna, según el régimen laboral correspondiente.

El descanso remunerado correspondiente a los días feriados no laborables será contabilizado dentro de la jornada asistencial semanal o mensual, de acuerdo al régimen laboral aplicable.

Artículo 18°.- De los Sobretiempos y Descansos remunerados. El tiempo de trabajo que exceda la jornada laboral establecida en el Artículo anterior será considerado como **horas extraordinarias**, las mismas que deberán ser remuneradas en la forma correspondiente.

El trabajo prestado en los días que corresponden al descanso semanal y a los días feriados no laborables, sin descanso sustitutorio dentro del mes calendario siguiente, da derecho a la enfermera(o) que labora en el Sector Público a percibir adicionalmente el pago que corresponde a dicha labor con una sobretasa del 100%.

Artículo 19°.- Entrega de Servicio Es el tiempo que emplea la enfermera(o) al finalizar el turno para dar informe a la enfermera del turno siguiente sobre el servicio, la situación de los pacientes y su evolución, así como del personal, patrimonio y otra eventualidad. Irrenunciables

Es responsabilidad de las autoridades sanitarias asignar dentro de los procesos legales la cantidad de personal de enfermería suficiente, como condición de trabajo indispensable para brindar una atención óptima y un cuidado de calidad a la población.

2 LINEAMIENTOS GENERALES

1. La Dirección o el Departamento de Enfermería es responsable administrativo de la dotación de personal de enfermería en los establecimientos de salud y debe efectuarse de manera mensual y el requerimiento debe ser anual según sea la dotación de personal y las circunstancias de urgencia o emergencia que se presenten.
2. La dotación de recursos humanos se efectúa a solicitud de las autoridades directas de enfermería, es decir las Enfermeras Jefes responsables de los servicios, identifican las necesidades de enfermeras y técnicos de Enfermería, las enfermeras supervisoras verifican los requerimientos y las Enfermeras Jefas de Áreas o Adjuntas a la Dirección o Departamento de Enfermería la sistematizan y consolidan y la Directora o Jefa de Departamento de Enfermería la aprueba y cursa al Director o Gerente General del establecimiento de salud.
3. La asignación de funciones al personal de enfermería está basada en normas técnicas y documentos de gestión, teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios, carga de trabajo y disponibilidad de personal.
4. 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 e índice de atención de enfermería en 24 horas, la capacidad resolutoria del establecimiento de salud, la calificación del personal y el área de desempeño.
5. Los índices de atención en 24 horas, los indicadores de grados de dependencia, los procedimientos habituales, la complejidad de la especialidad y sirven sólo de base para la dotación de recursos humanos; siendo necesario estudiar cada servicio en particular y analizado.



6. Es responsabilidad de las autoridades de enfermería llevar a cabo los estudios de ausentismo previsible con el propósito de contar con datos reales de esta situación, de lo contrario deberá acudirse a indicadores que serán tipificados en el presente trabajo; que servirán para precisar la dotación de personal de suplencia.

7. La revisión de dotación de personal para su actualización debe efectuarse cada vez que se generen cambios en el proceso de trabajo, la infraestructura física o tecnológica en los servicios, o el incremento de la capacidad física instalada.

8. Los servicios deben justificar la petición basada en la productividad de los seis meses anteriores a la fecha de la solicitud, el porcentaje de ocupación, promedio de la estancia hospitalaria, o dinámica de ingresos y egresos.

9. Todo servicio nuevo debe contar con personal idóneo y en número necesario para su funcionamiento, nombrado o contratado para tal fin y nunca deberá desplazarse de otro servicio para cubrir ésta necesidad, de lo contrario se está vulnerando los derechos de los pacientes y del personal, al traer como consecuencia la sobrecarga laboral e inducción a error por falta de práctica en otro ámbito, el cual es parcialmente conocido y cuyos procedimientos y complejidad de los usuarios no son de su manejo diario, pudiendo traer consecuencias insospechadas tanto para el paciente o usuario externo, como para el propio personal.

10. El procedimiento para el cálculo de personal se debe ajustar de acuerdo con la normatividad en lo que respecta días laborables, así como el ausentismo previsto e imprevisto que se presenta en la metodología. Deberá consignarse todos los aspectos que involucran el ejercicio profesional de la Enfermera.

11. La programación de personal de enfermería, debe considerar turnos en 12 horas.

12. Las características de diseño físico del área: número, ubicación y distancia entre las áreas de enfermería como: la estación de enfermeras, tópico de enfermería, salas de exámenes o curaciones, depósitos de material y equipos, almacén de ropa, o disposición de las áreas de pacientes en sala general, cuartos semiprivados o privados, son algunos de los elementos que deberán considerarse como factores que influyen en menor o mayor grado en la determinación del número y tipo de recursos humanos en enfermería que se requieren.

13. Los recursos en equipo que deben tomarse en cuenta para la revisión de dotación son, entre otros, camas de hospitalización, de UCI, de UCIN, camillas emergencia, sillas de ruedas de emergencia, camillas de recuperación, camillas o sillones de cirugía ambulatoria, sillones para pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal, camillas para tópicos de inyectables, camillas para pacientes de Quimioterapia, cunas para recién nacidos, cunas lactantes, cunas de calor radiante, incubadoras, camas para preescolares, camas para escolares, salas de quirófano, unidades de recuperación, salas de aislamiento de infectados y de aislamiento invertido, entre otros; asimismo, equipos de alta tecnología especializados, entre ellos: monitores, ventiladores, bombas de infusión, equipos de perfusión, de intervencionismo, equipos de perfusión, ablación, equipos de hemodiálisis, entre muchos otros.

4.CONCEPTUALIZACIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

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.

Enfermera(o): A la persona que ha concluido los diez semestres académicos universitarios y opta el grado de bachiller y el título de Licenciada en Enfermería, sus estudios de nivel superior en el área de la enfermería, la acreditan para el ejercicio profesional y el registro de colegiatura en el Colegio de Enfermeros de Perú, la habilita para el desarrollo de la carrera en cualquier Región del país iniciándose su trabajo en el Servicio Rural Urbano Marginal de Salud, (SERUMS) iniciando competente, para ejercer profesionalmente la enfermería en diferentes organizaciones..



“Enfermería como disciplina, desde una perspectiva filosófica y fenomenológica, enfermería constituye una ciencia humana, cuyas áreas de estudio, conocimiento e investigación, abarca cuatro grandes campos, que corresponden única y exclusivamente a la Licenciada en Enfermería, egresada de la Universidad con diez semestres académicos de estudio.

1. **La ciencia del Cuidado Holístico/** Humanístico Enfermero a la persona, familia, comunidad en un entorno variado; y el arte que estudia la experiencia de salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética, dedicada a la promoción, mantenimiento, recuperación y recuperación del bienestar de la salud de las personas, así como la prevención de riesgos y enfermedades; basadas en las teorías, modelos y metodologías de los procesos del cuidado.

2. Las ciencias administrativas para gerenciar y gestionar el del cuidado holístico/ humanístico enfermero en las IPRESS en las diversas categorías de Establecimientos de Salud, así como en todas las organizaciones e instancias relacionadas a la salud de la población.

3. La ciencia de la Docencia y educación, que es una ciencia que abarca el estudio sistemático de la psicología educativa, la pedagogía, la andragogía, la didáctica y las teorías, prácticas y procesos tanto de la enseñanza como el aprendizaje, contando para ello con metodologías y con técnicas, que permitirán absorber nuevos conocimientos de manera eficaz y sencilla.

4. La investigación: La "ciencia de enfermería", también conocida como "ciencia del cuidado de enfermería" y como "gestión del Proceso de Atención de Enfermería", se refiere al cuerpo de conocimientos teóricos, empíricos y prácticos que sustentan la práctica profesional de la enfermería que se investigan para seguir sustentando las mejores prácticas del cuidado de calidad y seguridad al sujeto de cuidado, busca comprender, explicar y predecir fenómenos relacionados con la salud, el bienestar y el cuidado de los individuos, las familias y las comunidades, desde una perspectiva enfermera. Contribuye al avance del campo de la enfermería y al desarrollo del conocimiento en el campo de la salud.

La investigación en enfermería abarca una variedad de áreas, como:

- Investigación clínica: Estudia la eficacia de intervenciones de enfermería y su impacto en la salud y el bienestar de los pacientes.
- Investigación en docencia y capacitación en enfermería: Se enfoca en mejorar los métodos de enseñanza y aprendizaje en la formación de enfermeras/os y su aplicación con estudiante de pre y post grado, personal de los servicios y pacientes, familias y comunidad.
- Investigación en salud pública: Analiza temas relacionados con la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, la prevención de riesgos y de enfermedades y la atención de poblaciones específicas.
- Investigación en políticas de salud: Examina cuestiones relacionadas con la equidad en el acceso a la atención y la eficacia de los sistemas de salud. (AMAA+ IA Modif.)



Enfermería como profesión: Es una disciplina de la salud que tiene un campo, ligado a su compromiso con la salud y la vida a través del desarrollo de las áreas asistenciales, administrativas, docentes y educativos y de investigación.

La enfermería como profesión es una disciplina de la salud dedicada a cuidar y atender a individuos, familias y comunidades para ayudarles a alcanzar, mantener o recuperar la salud y la calidad de vida. Elementos clave que definen la enfermería como profesión:

1. Cuidado y Atención holística y humana: Enfermería se centra en la atención integral de las personas, abordando sus necesidades bio-físicas, emocionales, psicológicas, sociales y espirituales. Esto incluye desde la promoción de la salud y la prevención de riesgos y de enfermedades hasta el cuidado de los pacientes en situaciones de crisis, agudas y crónicas.
2. Conocimiento Científico y Técnico: La práctica de la enfermería se basa en un sólido conocimiento científico y técnico. Los enfermeros y enfermeras utilizan una amplia gama de conocimientos científicos de las: ciencias Formales matemáticas, Ciencias Físicas, dentro de las cuales se encuentran las Ciencias Naturales, que contienen a las Ciencias Físicas: Física, Química y las Ciencias Biológicas: Biología, Fisiología, Anatomía, Genética. Las Ciencias Sociales Antropología Sociología, Psicología, Economía de la Salud, y otras como farmacología, ciencias de la salud y ciencias del cuidado, además de habilidades y destrezas técnicas específicas para el cuidado de los pacientes.
3. Ética, Deontología y Profesionalismo: La enfermería está guiada por principios éticos, bioéticos, y un código de Deontología, es decir de conducta profesional. Los enfermeros deben adherirse a normas éticas que incluyen el respeto por la dignidad humana, la confidencialidad, la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia, la justicia, la honestidad, la veracidad, entre otros.
4. Educación y Formación Continua: La enfermería requiere una formación formal a nivel de educación superior universitaria que se desarrolla en los diez semestres académicos universitarios, la obtención del grado de bachiller y el título de Licenciada en Enfermería; la colegiación indispensable para poder ejercer por Ley, un año de Servicio Rural Urbano Marginal en Salud, SERUMS para poder prestar servicios de salud en Instituciones Públicas y Privadas y debe tener un compromiso con la educación continua de por vida. Los programas de formación en enfermería incluyen tanto educación teórica como práctica clínica, en el pre y en el post grado.
5. Investigación y Evidencia: El ejercicio profesional de la enfermera/o se apoya en la investigación y la evidencia científica. Los enfermeros aplican la investigación para mejorar la calidad de la atención, perfeccionar sus niveles de intervención y actualizar sus prácticas avanzadas, basadas en los últimos hallazgos científicos.
6. Interdisciplinariedad: Los enfermeros trabajan en contribución con otros profesionales de la salud, conformando el equipo terapéutico, para proporcionar una atención integral y coordinada a los pacientes.
7. Autonomía y Responsabilidad: Aunque los enfermeros trabajan en equipo, también tienen autonomía profesional y la responsabilidad de tomar decisiones clínicas y de gestionar la atención y el cuidado del paciente. Esto incluye el Proceso de Atención de Enfermería con sus cinco etapas: la evaluación, el diagnóstico de enfermería, la planificación, la implementación y la evaluación de sus intervenciones.
8. Compromiso Social: Enfermería tiene un fuerte componente de compromiso social, buscando mejorar la salud pública y abordar las disparidades en salud. Los enfermeros desempeñan un papel crucial en la educación sanitaria y en la promoción de políticas que mejoren el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Enfermería como profesión es una combinación de conocimientos científicos, habilidades técnicas, ética, formación continua y un compromiso con el cuidado integral de los seres humanos. La profesión de enfermería, es esencial para el sistema de salud y juega un papel vital en la promoción, mantenimiento, restauración y rehabilitación de la salud, así como en la prevención de riesgos y enfermedades. **(AMAA+ IA Modif.)**



Cuidado enfermero: El “cuidado” constituye el foco principal del Licenciado en Enfermería. Su accionar va encaminado a hacer por alguien lo que no puede hacer por sí sola, respecto a sus necesidades vitales, incluye la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante una experiencia de salud enfermedad. Se refiere al conjunto de actividades, prácticas y procedimientos destinados a promover, mantener o restaurar la salud y el bienestar de las personas; abarca una amplia gama de servicios y acciones, desde la promoción, la atención preventiva y el tratamiento de enfermedades hasta el apoyo en la rehabilitación y el cuidado paliativo.

En un sentido genérico, Leininger lo 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 sí, 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 del método técnico-científico del Proceso de Atención de Enfermería orientado a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando terapéuticamente en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad.

El cuidado integral y directo, abarca un campo muy amplio y complejo que integra conocimientos de diversas áreas, incluyendo ciencias biológicas, sociales, conductuales y humanísticas, para proporcionar una base sólida al ejercicio profesional y **contribuir** significativamente fortaleciendo el avance del cuidado de la salud de la persona, familia, comunidad y de la población en general, con una visión integral a través de un conjunto de principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le permiten promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones independientes y de brindar **aportes y contribuciones** a otras ciencias de la salud

Centrado en el paciente: La atención que tiene en cuenta las necesidades, preferencias, valores y expectativas individuales de cada paciente, fomentando la participación activa del paciente en su propio cuidado y promoviendo la toma de decisiones compartida.

Calidad del Cuidado Enfermero: Se concibe como “la atención oportuna, razonada, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo a estándares definidos para un ejercicio profesional competente y responsable, fundamentada en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos. Es esencial para garantizar resultados positivos de cualquier intervención terapéutica en los pacientes. Esto incluye la competencia y capacitación del personal, el acceso a tecnologías modernas, la disponibilidad de medicamentos de calidad y la implementación de prácticas basadas en evidencia.



Seguridad: La garantía de que los servicios de salud minimizan el riesgo de daño o lesión al paciente, mediante la prevención de errores, la gestión adecuada de medicamentos y la promoción de prácticas seguras.

Continuidad: La coordinación efectiva de la atención a lo largo del tiempo y a través de diferentes niveles y tipos de servicios de salud, garantizando una transición suave entre la atención primaria, secundaria y terciaria, así como entre diferentes proveedores de atención.

Oportunidad: La prestación de servicios de salud de manera oportuna y eficiente, minimizando los tiempos de espera y proporcionando acceso rápido a la atención cuando sea necesario.

Equidad: El acceso equitativo a servicios de salud de calidad, sin importar el origen étnico, género, orientación sexual, nivel socioeconómico u otras características personales, y sin discriminación injusta en la prestación del cuidado integral.

Eficiencia: El uso eficaz de recursos, tiempo y esfuerzos para lograr resultados óptimos en la atención y cuidado, minimizando el desperdicio y maximizando el valor para los pacientes y la comunidad.

Teorías y modelos de enfermería: Desarrollo y aplicación de marcos conceptuales que describen las relaciones entre los conceptos clave en enfermería, como la persona, el entorno, la salud y el cuidado. Estas teorías proporcionan un marco para comprender y guiar la práctica enfermera.

Cuidados de enfermería de alta complejidad: Se proporcionan al paciente en estado crítico, que requiere de atención especializada. Se ejerce en unidades de cuidados intermedios, cuidados intensivos, área de Shock Trauma, unidad de cuidados Altamente Especializados en Trasplante de Órganos, donde comúnmente el cuidado es individualizado, con la utilización de equipos de última generación, de tecnología avanzada y personal de enfermería especializado en área correspondiente.

Cuidados de enfermería de mediana complejidad: Se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas especializadas según el servicio para la atención integral del paciente, familia o comunidad.

Cuidados de enfermería de baja complejidad: Son aquellos que se proporcionan al paciente que se encuentra en estado de alerta y hemodinámicamente estable, con mínimo riesgo vital o en recuperación de un proceso mórbido. El cuidado se enfoca a satisfacer las necesidades básicas de salud: físicas, emocionales, sociales y espirituales y las necesidades de la vida cotidiana.

Investigación e Innovación en enfermería: La investigación sanitaria y la innovación son fundamentales para mejorar continuamente la oferta de salud. Esto incluye el desarrollo de nuevos tratamientos, tecnologías avanzadas, métodos de diagnóstico mejorados y estrategias de prevención más efectivas. El desarrollo de estudios genera conocimiento científico sobre temas relevantes para la enfermería, como la eficacia de intervenciones de enfermería, las respuestas del paciente frente a la etapa de Intervención del Proceso de Atención de Enfermería, los factores que influyen en los resultados de salud y las mejores prácticas en el cuidado de enfermería, la intervención sobre los indicadores de la calidad entre otros múltiples temas.



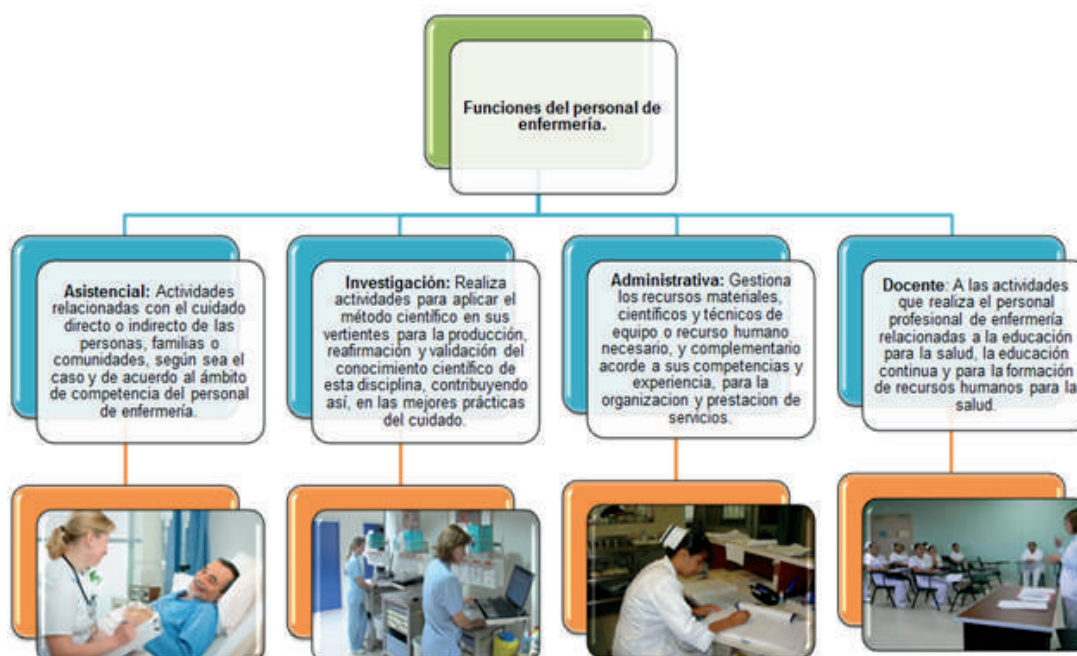
Docencia en enfermería: Desarrollo de programas de integración docente asistencial y formación de pre y post grado para preparar a futuros profesionales de enfermería, basados en evidencia científica y centrados en el desarrollo de competencias clínicas, críticas y éticas. Así como Programas de educación permanente en servicio para el personal de Enfermería con la finalidad de actualizar o innovar conocimientos y despertar el liderazgo terapéutico, la creatividad e innovación del cuidado

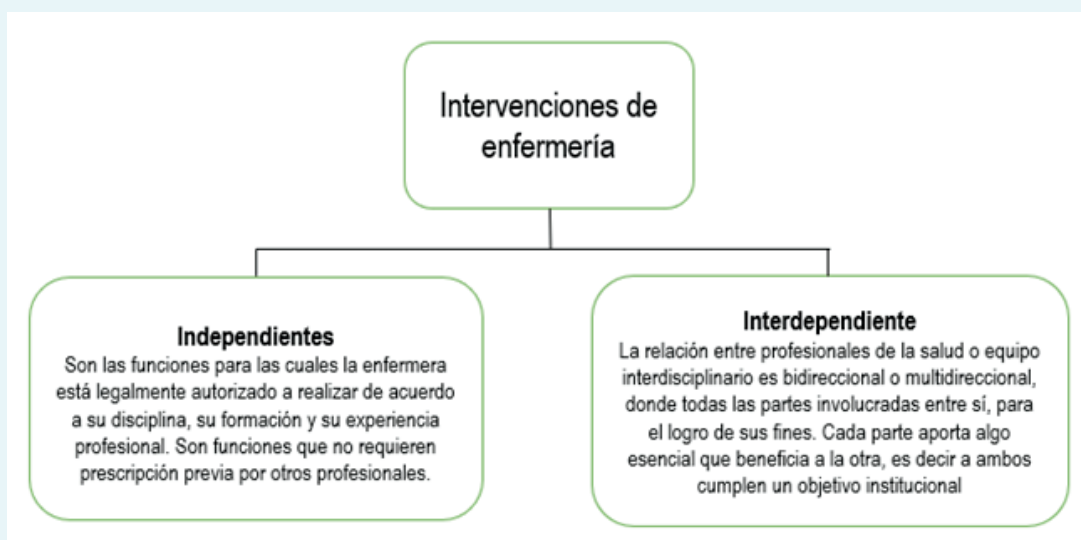
Educación al usuario externo: Desarrollo de programas de educación sanitaria referidos a la promoción de la salud, Prevención de riesgos y enfermedades, recuperación de la salud de la persona, familia y grupos comunitarios.

Ética y humanización de los cuidados de enfermería: Exploración de cuestiones éticas axiológicas y deontológicas y morales relacionadas con el comportamiento en el ejercicio profesional de enfermería, incluyendo la compasión, el respeto por la autonomía del paciente, la toma de decisiones compartida, culturalmente sensible, la equidad en el acceso a la atención y la responsabilidad profesional como imperativo de vida, reconociendo la dignidad y los derechos de los pacientes en todo momento.

Política de salud y sistemas de atención: Análisis de políticas y sistemas de salud para comprender su impacto en la práctica enfermera y abogar por cambios que mejoren el acceso, la calidad y la atención y cuidado de la salud de la población”.

Prevención y promoción de la salud: Es fundamental promover la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables. Esto incluye programas de vacunación, educación sobre salud, detección temprana de enfermedades y promoción de hábitos saludables como la dieta equilibrada, el ejercicio regular y la abstinencia de hábitos perjudiciales como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol.





2. CONCEPTOS METODOLÓGICOS.

3.1. Administración de personal

Las Direcciones, Departamentos, Áreas de Supervisión y Jefaturas de los servicios y Unidades de Enfermería es decir el Órgano de Línea de Enfermería de la Unidad Orgánica de Enfermería de los diferentes establecimientos de salud, tienen con fin último gestionar las necesidades de atención y cuidado integral de enfermería de la población a la que avisten, llámese: pacientes, usuarios o clientes. De acuerdo a este fin, una de las responsabilidades principales de la administradora, gestora de enfermería de alto nivel, consiste en reunir la cantidad y categorías de personal de enfermería apropiadas para satisfacer las necesidades en materia de atención y cuidado integral de los pacientes, los 365 días del año. La provisión del personal de enfermería para dotar de manera adecuada y correcta a los Servicios de Enfermería, comprende una serie de actividades secuenciales que serán descritas en la metodología para el cálculo de brechas del presente estudio.

3.2 Estructura Orgánica:

- a. La Unidad orgánica de enfermería es un órgano de línea dependiente de la máxima instancia de dirección de los establecimientos de salud, conforme lo establece la Ley del Trabajo de la Enfermera, por lo tanto, su **cumplimiento no es delegable**.
- b. Enfermería actualmente cuenta con estructura en los establecimientos de salud que no se ajustan a las necesidades y son tratadas en forma discriminatoria e injusta, por ese motivo la debe sincerar las necesidades de una estructura acorde al nivel correspondiente en la clasificación del establecimiento de salud, en los que se establece los niveles de complejidad, así como autoridad y responsabilidad.
- c. Cada puesto previsto en la organización de enfermería debe tener sus funciones claras, así como los perfiles y requisitos de las enfermeras (os) que ocupen los cargos.
- d. Los cargos de dirección y jefaturas de enfermería se asumen mediante concurso de promoción, acorde al reglamento previamente establecido, considerando las compensaciones económicas exactamente igual a la de los otros profesionales de la salud.
- e. La estructura orgánica de enfermería debe incluirse en la estructura general de la institución y del del establecimiento de salud.
- f. Los cargos directivos de enfermería deben figurar en el Reglamento de Organización y funciones (ROF) en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP) y el Presupuesto Analítico de Personal (PAP) de la institución y del establecimiento de salud, el mismo que a la luz de la ética debe mostrar la situación real de la estructura de cargos y del personal que viene desempeñando funciones permanentes, así como, sincerar la estructura de los cargos establecida por las Autoridades de Enfermería que aseguren un servicio de alta calidad.

- g. Debe considerarse en el cuadro de asignación del personal - CAP los cargos directivos que se requieren para cumplir con las competencias funcionales establecidas en los correspondientes Reglamentos de Organización y Funciones (ROF), así como en el presupuesto de personal.
- h. La provisión de cargos de las unidades de enfermería debe 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.
- i. La estructura básica de los cargos de gestión de las unidades de enfermería, es correspondiente al nivel y complejidad del establecimiento de salud.



3.3. Normas Genéricas:

1. Cada Servicio de Enfermería establece el **Modelo Conceptual** que guíe la prestación del Cuidado Enfermero, considerando las necesidades del usuario, los objetivos institucionales y el sistema de organización que le corresponde. El Modelo Conceptual provee un marco de referencia para la práctica; están fundamentados en principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores, las creencias y la filosofía sobre el ejercicio profesional de enfermería.

Las teorías de Enfermería son las siguientes:

Teoría de **Florence Nigthingale** afirma que es necesario disponer de un entorno saludable, considerando las medidas de bioseguridad y los componentes esenciales: aire puro, agua pura, alcantarillado eficaz, limpieza y luz.

Teoría de **Virginia Henderson** manifiesta que la persona es el individuo que necesita de asistencia médica para preservar su salud o, morir. El entorno es la familia y comunidad que tiene la responsabilidad de proporcionar los cuidados.

Modelo conceptual de Martha Rogers describe procesos vitales de los seres humanos relacionados con su entorno, estableciendo la existencia de campos de energía. Se clasifican en dos campos de energía: humana y ambiental, y cada uno constituye la unidad fundamental de los seres humanos como del entorno no vivo

Al aplicar el modelo de **Calixta Roy** fundamentado en esta perspectiva filosófica, se debe estar seguro de valorar a la persona como un todo, buscando conocer sus experiencias anteriores, sabiendo que en su comportamiento refleja la interpretación que hace de la situación en un momento determinado, lo cual será fundamental en su proceso de adaptación.

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 orientada al logro de los objetivos del servicio, así como a promover el desarrollo del personal a su cargo.

4. La prestación de los servicios de enfermería está basada en estándares y guías de atención, y la evaluación de la calidad de la prestación se visualiza 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 gestión logística que asegura la provisión de materiales, insumos, mobiliario y equipos. En concordancia con los objetivos y metas institucionales.



6. La Unidad Orgánica de Enfermería cuenta con normas escritas de los procedimientos administrativos institucionales y del cuidado de enfermería tales como: administración y gestión del recurso humano, gestión logística, manejo y control de recursos materiales, administración del funcionamiento de los sectores de trabajo, de los registros de enfermería, que guían y facilitan el cuidado enfermero a los usuarios.

7. Los registros de enfermería constituyen la evidencia de la intervención profesional de la valoración, evolución del paciente, el planeamiento del cuidado, la ejecución del plan, la continuidad de la prestación y la evaluación con participación del paciente y familia. Además, son fuente de datos para la evaluación del cuidado, el proceso de mejora continua y la investigación.

8. La educación continua, la capacitación y el perfeccionamiento permanente son inherentes al trabajo de enfermería. El Programa de capacitación continua debe ser determinado por la máxima autoridad de enfermería, de acuerdo a las necesidades de la institución y, el acceso a ésta debe 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, los derechos de los usuarios, las normas legales del ejercicio profesional, así como en el manejo apropiado de la Relaciones Humanas.

10. El proceso de Gestión es asumido por la Enfermera (o) con autonomía profesional, competencia y responsabilidad como instrumento para conducir técnica y administrativamente los servicios de enfermería.

3.4 Oferta de Servicios de Salud

La oferta de salud abarca una amplia gama de aspectos importantes que contribuyen al bienestar y la calidad de vida de las personas. Contempla la **disponibilidad de potencial humano**, recursos materiales, infraestructura, tecnología y económico -financieros con que cuenta una institución que generan la función de la prestación de servicios de salud, la cual se hace visible cuando dichos insumos se transforman en productos que se interrelacionan con una demanda existente, buscando resolver las necesidades en salud de una población.

- Componente primario: encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias, para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad
- Oferta de servicios Complementario: encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contrarreferencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención y el cuidado de la salud de las personas. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario.
- Redes Integrales de Servicios de Salud: conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales, de carácter público, privado o mixto, ubicados en un ámbito territorial; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad.

- Cama presupuestada: número de camas que dispone un servicio de acuerdo al presupuesto.
- Cama ocupada o cama día utilizada por paciente día: es la cama ocupada por un paciente durante 24 horas.
- Porcentaje de ocupación: 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.
- 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 número de egresos durante dicho periodo.



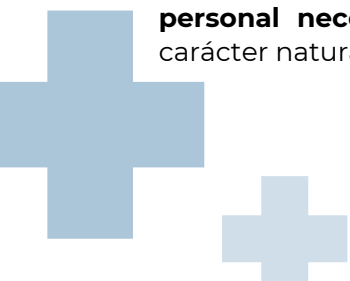
3.5. Oferta de Servicios de Enfermería

- **Tipos de Atención de Enfermería**
- **Atención directa:** Atención orientada a la gestión del cuidado de enfermería (Nanda/ Noc, Nic), en relación con el individuo, familia y comunidad, desarrollando actividades de promoción, prevención de riesgos y enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud. Está basada en la atención holística del paciente, es decir en las necesidades físicas, psicológicas- emocionales, sociales, culturales, espirituales y económicas), para lo cual ejecuta el Proceso de Atención de Enfermería, que incluye las etapas de: valoración integral, diagnósticos de enfermería, plan de cuidados integrales, intervención de Enfermería, evaluación del proceso y realimentación, cuyos resultados determinan la clasificación a los usuarios por grados de dependencia I, II, III, IV, V y VI de cuidados integrales de enfermería en 24 horas.
- **Atención indirecta:** Son las actividades de soporte y de complemento en el registro y la valoración de las situaciones de los pacientes, como: preparación de medicamentos, material o equipos, trámite documentario, comunicación, información, coordinación y educación sanitaria educativas dirigidas al paciente, a la familia y cuidadores, programa de actividad de promoción para el desarrollo del cuidado familiar, autocuidado y modos de vida saludable, así como, actividades técnico administrativas que involucran el proceso de planificación, organización, dirección y control para el funcionamiento de los servicios, funciones de docencia, de capacitación permanente en servicio al personal de enfermería y de investigación aplicativa para la mejora continua de los procesos y fortalecimiento del servicio.

3. DISPONIBILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, DE DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN

3.1 DOTACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

La dotación del personal de Enfermería es un proceso técnico – administrativo que consiste en determinar la cantidad adecuada de personal de enfermería necesaria para proporcionar atención de calidad a los pacientes en un entorno de seguridad y oportunidad libre de riesgos, a los diferentes establecimientos de salud según su nivel de complejidad y número de servicios a ofrecer. Diversos elementos pueden interferir en este proceso, y es importante tener en cuenta estos factores para lograr una dotación de personal eficiente, efectiva y justa, conforme lo expresa el Código de Ética y Deontología, Colegio de Enfermeros del Perú, en el Artículo 41º.- La enfermera(o) con cargo directivo debe **velar por que la dotación del personal necesario garantice el cuidado de la persona** en caso de contingencia de carácter natural o social.



Para tratar de exponer de manera unívoca, y en forma precisa la comprensión sobre la definición de “Dotación de Personal de Enfermería (DPE)” se ha revisado diferentes fuentes:

La Organización Panamericana de la Salud: La Dotación de Personal de Enfermería, es 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 pacientes/clientes.

Clara Inés Giraldo: Define la DPE como la relación entre el requerimiento del personal de enfermería con la clasificación de pacientes de acuerdo a sus necesidades, con el fin de dar orientación sobre la cantidad necesaria de personal de enfermería para garantizar un cuidado de enfermería con calidad.

Patricia Deiman: Considera que la DPE parte de la planificación del personal de enfermería que lleve a determinar las necesidades de atención para cada entorno según las características sociales, políticas y económicas. Propone clasificar a los pacientes según las necesidades del cuidado de enfermería.

Clara Arndt: Para definir la DPE propone aplicar una fórmula matemática para determinar el personal necesario por día y sugiere analizar los requerimientos de atención de enfermería de acuerdo con las necesidades de los pacientes, quienes deben ser clasificados para ello este método constituye un cambio comparado con el tradicional de limitarse a contar el número de camas ocupadas.

María de la Luz Balderas refiere que la DPE es la operación realizada con el propósito de establecer en forma cuantitativa las personas necesarias para ejercer determinados puestos y sugiere tener presente los siguientes parámetros:

- El promedio de pacientes hospitalizados por día en cada servicio.
- El índice promedio de atención directa propuesto o definido para este servicio.
- La jornada laboral de 150 horas establecida para cada persona. (Enfermera, Técnica de Enfermería, o Auxiliar de Enfermería u otro).

Es preciso mencionar que existe un problema permanente en la necesidad de anticipar la demanda futura de los pacientes con suficiente precisión. La demanda de los servicios hospitalarios se basa en el cálculo de probabilidades, ya que los ingresos y estadías se encuentran dominados en gran parte por fenómenos causales; de igual forma los grados de dependencia tienen un alto nivel de variabilidad, por la propia naturaleza del trabajo de la Enfermera.

En tal sentido, podemos definir que la dotación de personal de enfermería consiste en proveer de manera integral 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 y los cuidados de enfermería de la población objetivo en los diferentes campos de acción asistencial, administrativo, docente y de investigación, áreas que desarrolla en su ejercicio el potencial humano de enfermería, establecidas en la Ley del Trabajo de la Enfermera.

- La dotación de personal es un proceso fundamental que determina el éxito de cualquier organización.



3.2 ASPECTOS CLAVE A CONSIDERAR EN EL PROCESO DE DOTACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA:

1. Definición de Necesidades

- **Análisis de Cargos:** Identificar las funciones y responsabilidades específicas de cada puesto, las cuales estarán definidas en el Manual de Organización y Funciones, el Reglamento de Organización y Funciones, consignadas en el **Cuadro de Puestos de la Entidad** .(Este instrumento reemplaza al CAP y PAP)
- **Competencias Requeridas:** Determinar las habilidades, conocimientos y capacidades necesarios para cumplir con las responsabilidades del puesto; que estarán definidas en el perfil de cargos de la Unidad Orgánica de Enfermería.
- **Carga de Trabajo:** Evaluar la cantidad de trabajo y el número de empleados necesarios para mantener la productividad, es decir considerar las actividades asistenciales; administrativo gerenciales; de integración docente asistencial en servicio, de capacitación al usuario interno, de orientación y educación al usuario externo; investigación intra e interdisciplinarias y de investigación aplicada u operativa e investigación en base a evidencias.

2. Reclutamiento y Selección

- **Fuentes de Reclutamiento:** Utilizar diversas fuentes como bolsas de empleo y redes sociales, entre otras.
- **Proceso de Selección:** Implementar un proceso de selección riguroso que incluya la revisión de currículos, pruebas psicométricas y de conocimientos, verificación de referencias y entrevistas.
- **Diversidad y equidad:** Convocar a Licenciadas en enfermería de diversas universidades, etnias, razas, edad, discapacidad, religión, experiencia, educación, nacionalidad, idioma; incluirlas y valorarlas, respetarlas que tengan las mismas oportunidades de contribuir y progresar dentro de la organización incluirlas para enriquecer la cultura organizacional y mejorar la innovación.

3. Evaluación, Capacitación y Desarrollo

- **Inducción:** Es un proceso diseñado para familiarizar a los nuevos enfermeros con el entorno laboral, sus responsabilidades y las políticas, la misión y valores de la organización, así como seguridad en el trabajo, manejo de emergencias, registros y tecnología utilizada en el cuidado de pacientes y procedimientos específicos de la institución, el manejo de medicamentos, protocolos de bioseguridad y normas de privacidad del paciente.
- **Evaluación Inicial:** Evaluar el desempeño del nuevo personal de enfermería durante el periodo de prueba para asegurarse de que cumplen con los requisitos del puesto.
- **Planes de Desarrollo de personal Capacitación:** Desarrollar programas de formación y desarrollo continuo para mejorar las habilidades y conocimientos del personal de Enfermería, de esta manera asegurar y garantizar la calidad del cuidado y la atención en la organización. LOS PLANES DE CAPACITACION HAN SIDO REEMPLAZADOS POR LOS PLANES DE DESARROLLO DE PERSONAL)

4. Retención de Talento

- **Inducción al personal:** Desarrollar un Programa de Inducción para el personal de enfermería que rota por diversos servicios o unidades. Establecer un sistema de tutoría para mejor adaptación y fortalecimiento del personal.



- **Clima Organizacional:** Crear un ambiente de trabajo positivo que promueva la satisfacción y el compromiso del personal de Enfermería.
- **Planes de Carrera:** Ofrecer oportunidades de crecimiento y desarrollo profesional dentro de la organización basado en la meritocracia.
- **Reconocimiento y Recompensas:** Implementar sistemas de reconocimiento y recompensas para estimular y retener al personal de Enfermería y otros que la institución pueda ofrecer.

5. Gestión de Desempeño

- **Evaluaciones periódicas y Mejora Continua:** Realizar evaluaciones de desempeño semestralmente para monitorear, hacer ajustes según sea necesario y mejorar el rendimiento del personal de enfermería.
- **Feed back Constante:** Proporcionar retroalimentación continua para ayudar al personal de Enfermería a mejorar y crecer en sus roles.

6. Aspectos Legales y Contractuales

- **Cumplimiento Legal:** Asegurarse de que todas las prácticas de contratación y empleo cumplan con las leyes laborales y regulaciones vigentes, se propicie condiciones de trabajo seguras, impidiendo se atente contra los derechos del personal de Enfermería y la discriminación y asegurar el trato digno al personal de enfermería.
- **Contratos Laborales:** Asegurarse del establecimiento de contratos claros que definan las condiciones de empleo, derechos y responsabilidades de ambas partes, en igualdad de condiciones.

7. Tecnología y Automatización

- **Sistemas de Gestión de Recursos Humanos (HRMS):** La institución está en la obligación de adaptarse a los cambios tecnológicos y facilitar las aplicaciones informáticas para que el personal de enfermería pueda hacer uso de las mismas, para gestionar la información del personal, el proceso de contratación, la formación y la evaluación semestral del desempeño.
- **Automatización de Procesos:** Es de vital importancia que las autoridades institucionales implementen los servicios y unidades de los establecimientos de salud con herramientas de automatización para agilizar tareas asistenciales, administrativas, de investigación y mejorar la eficiencia en la prestación de la atención y del cuidado integral de Enfermería, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería.

8. Cultura Organizacional

- **Alineación con los Valores y Principios Corporativos:** Asegurarse de que personal de Enfermería comprenda y comparta la misión, la visión, los valores y los principios corporativos de la institución.
- **Comunicación Efectiva:** Fomentar una comunicación horizontal y una información efectiva entre todos los niveles de la organización.

9. Planificación y Flexibilidad

- **Planificación a Largo Plazo:** Desarrollar una estrategia de dotación del personal de Enfermería, que tenga en cuenta las necesidades futuras de la organización, estableciendo convenios con las universidades que realizan sus prácticas preprofesionales, de post grado y post título para contratar a las mejores egresadas.
- **Flexibilidad:** Ser adaptable a los cambios en el entorno social y a las necesidades cambiantes de la fuerza laboral, apoyando la capacitación en diversas especialidades y programar actividades de bienestar para el personal.



Considerar todos estos aspectos ayudará a crear una estrategia sólida de dotación de personal que no sólo cubra las necesidades actuales, sino que también prepare a la organización para futuros desafíos y oportunidades, lo que requiere potencial humano preparado para trabajar los cambios y planes de mejora continua de manera permanente.

NORMAS ESPECÍFICAS SOBRE DOTACIÓN

4.3.1 REQUERIMIENTOS PARA LA DOTACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA

- 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 autoridades en enfermería.
- Constituye responsabilidad de la enfermera gestora de la unidad orgánica de enfermería, participar en la planeación, reclutamiento selección de personal, inducción, entrenamiento, distribución, ubicación, del personal considerando el perfil ocupacional.
- El servicio de enfermería prevé en su plan de dotación de recursos humanos, enfermera (o) calificada (o) para la supervisión, control y evaluación de la prestación del servicio en los diferentes turnos.
- La asignación de funciones al personal de enfermería está basada en normas técnicas y documentos de gestión, teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios, carga de trabajo y disponibilidad de personal.
- 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, índice de atención de enfermería la capacidad resolutive del establecimiento de salud, la calificación del personal y el área de desempeño.

4.3.2 SOBRE INDICADORES DE CALIDAD:

- Todo servicio de enfermería debe 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.
- Los sistemas de prevención, supervisión y control de riesgos reales y potenciales se sustentan en los indicadores previamente establecidos y están orientados a garantizar la calidad de la prestación del cuidado de enfermería.
- Los informes técnicos y evaluación de resultados de los indicadores forman parte del sistema de información del establecimiento de salud y son la base de los planes de mejora continua de los procesos y servicios de salud brindados por el personal de enfermería.
- El análisis y evaluación de la calidad del cuidado utiliza un enfoque sistémico diferenciando la estructura, los procesos y los resultados en el marco de la dimensión técnico, científico, humana y el entorno.

4.3.3 SOBRE ESTRUCTURA ORGANICA:

- La Unidad orgánica de enfermería es un órgano de línea dependiente de la máxima instancia de dirección de los establecimientos de salud, conforme lo establece la Ley del Trabajo de la Enfermera.
- Enfermería requiere contar con una estructura cuyo órgano de línea sea acorde al nivel correspondiente en la clasificación que el Colegio de Enfermeros del Perú reconoce para los diferentes establecimientos de salud, en los que se establece los niveles de autoridad y responsabilidad.
- Cada puesto previsto en la organización de enfermería tiene sus funciones claras, así como los perfiles y requisitos de la enfermera (o) que ocupe cada cargo.
- Los cargos de dirección y jefaturas de enfermería se asumen mediante concurso de promoción, acorde al reglamento previamente establecido.
- La estructura orgánica de enfermería debe graficarse e incluirse en la estructura general del establecimiento, evitando la discriminación.



- Los cargos directivos de enfermería están considerados en el Reglamento de Organización y funciones (ROF) en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP) del establecimiento de salud, el mismo que debe mostrar la situación real de la estructura de cargos y del personal que viene desempeñando funciones permanentes, así como prever la estructura de cargos que se requiere para brindar un servicio de calidad.
- Debe considerarse en el cuadro de asignación del personal - CAP los cargos directivos que se requieren para cumplir con las competencias funcionales establecidas en los correspondientes Reglamentos de Organización y Funciones (ROF), así como en el presupuesto de personal. (PAP) ambos documentos han sido reemplazados por el Cuadro de puestos de la Entidad (CPE)
- La provisión de cargos de las unidades de enfermería debe 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.
- 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)

5.3 CRITERIOS EXIGIBLES PARA EL CÁLCULO DE DOTACIÓN DE ENFERMERÍA DE CADA UPSS

- **Dotación de personal de enfermería**

El Estudio de Dotación de personal de enfermería constituye una responsabilidad y obligación del equipo de gestión de la unidad orgánica de enfermería y se debe realizar mínimamente una vez al año con la finalidad de cubrir los requerimientos y necesidades de salud de los usuarios y sustentarlo técnicamente ante la autoridad, previo a la aprobación del presupuesto del Establecimiento de Salud.

- **Identificación de la demanda**

Para identificar la demanda total del personal de enfermería, es indispensable considerar el tiempo para satisfacer las necesidades de los pacientes, de la organización y del personal considerando los cuatro grandes campos de enfermería: asistencial, administrativo - gerencial, docente-educativo e investigación. El tiempo utilizado en el cuidado directo e integral del usuario, las actividades indirectas de supervisión de los estudiantes de pre y post grado de enfermería, la educación permanente en el servicio, la gestión administrativa, la investigación aplicada u operativa en base a evidencias, las reuniones técnico administrativas y las reuniones de los comités.

- **Promedio diario de ocupación de camas**

Otro dato importante es el promedio diario de ocupación de camas, que está sujeto a considerables fluctuaciones causales y estacionales que no permite predecir el personal necesario de manera confiable.

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

5.4 ELEMENTOS QUE INCIDEN EN LA METODOLOGÍA DE DOTACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

5.4.1 Elementos Distales: Son aquellos aspectos externos que afectan el cálculo razonable de personal en mayor o menor proporción, y que no depende de las gestoras de enfermería determinar su solución:



a. **Accesibilidad geográfica**, la ubicación geográfica influye en la dotación de personal. Las instalaciones en áreas remotas representan desafíos adicionales debido a la dificultad para reclutar y retener personal de enfermería, la disponibilidad limitada de profesionales de la salud en especial de personal de enfermería que desee laborar en estas zonas dificulta contar la dotación requerida, entorpeciendo la capacidad de respuesta en casos de emergencias y urgencias, lo cual exigiría un mayor contingente de personal para garantizar su presencia de manera permanente.

b. **Nivel Resolutivo del Establecimiento de salud**: Es importante conocer el nivel de atención I, II, III, es decir si el hospital es una institución especializada, nacional, regional, local o comunitaria del I Nivel de atención, para determinar el nivel de competencias especializadas para cada uno de ellos. El cálculo de personal para la atención primaria en comunidad difiere de la atención hospitalaria por su nivel de complejidad y accesibilidad.

c. **Infraestructura e instalaciones**. Un establecimiento de salud debe contar con servicios básicos de agua, desagüe y/o alcantarillado, energía eléctrica, comunicaciones y gas natural. Además de instalaciones de Oxígeno, aire acondicionado, y extractores de aire, sistema de llamadas a la enfermera, instalaciones para la tecnología informática, con plataformas virtuales con los procesos fundamentales de enfermería, incluyendo la tele - enfermería, que permite realizar el seguimiento a los pacientes y desarrollar estrategias sanitarias, así como programas de autocuidado de las personas y familias; software para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería que fortalezca significativamente la gestión del cuidado integral a la persona, que es una exigencia de la Ley del Trabajo de la Enfermera (N° 27669). Es importante mencionar la carencia de instalaciones de intercomunicación y cámaras de observación, lo cual impide la celeridad de las atenciones e incide en el cálculo de personal.

d. **Características de la planta física y diseño arquitectónico**: Se puede requerir menos personal de enfermería en un servicio de hospitalización donde hay demanda de pacientes en una sola sala multi- personal, a diferencia de otras con ambientes uni, bi o tri- personales, lo cual requiere mayor tiempo de la enfermera para desplazarse, observar a los pacientes y brindar una atención oportuna. Una planta física bien equipada y diseñada puede facilitar el trabajo del personal de enfermería, mientras que la falta de infraestructura adecuada puede crear obstáculos que requieran una mayor dotación de personal para compensar estas dificultades.

e. **Recursos logísticos**: Se refiere a la disponibilidad en cantidad y calidad del material e insumos. La falta de personal especializado puede afectar la eficiencia y seguridad de la atención. Las condiciones de trabajo están íntimamente relacionadas con la dotación y la escasez de materiales, insumos, mobiliario y equipos indispensables para el cumplimiento de las funciones y actividades de enfermería, muchas instituciones de salud no disponen de calidad y cantidad, como consecuencia, el nivel de satisfacción del usuario disminuye y también el del personal de enfermería; el cual, adquiere con su propio peculio material e insumos necesarios para brindar servicios e invierte su valioso tiempo en solucionar esas deficiencias, lo que acorta el tiempo para realizar sus actividades asistenciales e incrementan la necesidad de personal. La implementación de recursos con tecnología avanzada y equipos especializados requiere de personal capacitado para operarlos y mantenerlos. Una logística deficiente puede aumentar la carga de trabajo del personal de enfermería al requerir mayor cantidad de tiempo y esfuerzo para realizar actividades de enfermería.

f. **Disponibilidad de los servicios de apoyo y ubicación de los suministros**: Accesibilidad a servicios como Farmacia, Laboratorio, Anatomía Patológica, Radiología por imágenes, Radioterapia, Central de Esterilización, entre otros, así como las áreas de abastecimiento de materiales, equipos e insumos hospitalarios, servicios generales: lavandería, ropería, de mantenimiento: preventivo y correctivo, historias clínicas. Además de las oficinas administrativas de la Institución.

Todos estos factores tienen un impacto directo en la dotación de personal de enfermería, ya sea determinando la cantidad de personal necesaria, influyendo en la eficiencia del trabajo del personal existente o afectando la calidad de la atención brindada a los pacientes. Por lo tanto, es crucial considerar estos elementos al diseñar y gestionar la dotación de personal de enfermería en cualquier establecimiento de salud.



5.4.1 Elementos Proximales

Los Elementos Proximales: Son aquellos aspectos internos que afectan el cálculo razonable de personal en mayor o menor proporción, y que depende de las gestoras de enfermería determinar su solución

- a. **Función de enfermería:** Se refiere en qué medida el personal de enfermería ocupa su tiempo en realizar funciones y actividades dirigidas a la atención directa e indirecta de los usuarios. En establecimientos de salud del I nivel de atención, se debe considerar la cantidad de tiempo que se espera que la enfermera participe en actividades de promoción de la salud, programas o estrategias sanitarias, además de las funciones administrativas, de capacitación y docencia e investigación dentro del hospital y las de coordinación y gestión técnica – científica con otras instituciones de salud.
- b. **Horarios y turnos rotativos,** para muchas personas los horarios rotativos representan una alteración para su vida familiar, social y su calidad de vida, por lo cual no es atractivo el trabajo de la enfermera, esto ocasiona que cada vez menos personas asuman la carrera. por la naturaleza del trabajo de enfermería. En entornos de salud complejos, donde la atención es continua los servicios se dan las 24 horas, la dotación de personal debe planificarse para cubrir todos los turnos de manera adecuada, respetando los periodos de descanso.
- c. **Disponibilidad de personal de enfermería:** es el recurso de enfermería nombrado o contratado por diferentes regímenes laborales y personal contratado bajo la modalidad de servicios no personales, (que no tiene una relación laboral directa con la institución), que la gestora de enfermería programa, desarrollando estrategias para garantizar la presencia de personal en número apropiado en los diferentes turnos de atención diurnos y nocturnos para **garantizar la calidad del cuidado de enfermería**. En nuestro país la dotación de personal no es suficiente, agravándose la situación por el ausentismo previsto: vacaciones, feriados, libres, licencias, vacaciones y rotación del personal y por el ausentismo imprevisto.
- d. El requerimiento previo de **personal de suplencia** que garantice la dotación normal de personal y evite la sobrecarga de actividades y muchas veces se lleve al síndrome de Bournot, en la mayoría de establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención no se efectiviza y trae como consecuencia de la sobrecarga de trabajo, a que el personal de enfermería se ve sometido, así como, a diversos factores estresantes que afectan su biorritmo normal, el trato con los usuarios demandantes, el contacto con la enfermedad, el dolor, la muerte; provocando conflicto y ambigüedad de rol
- e. *Formica Natalí Formica y col. "Síndrome de Burnout en el personal de enfermería, en el servicio de Terapia Intensiva Pediátrica" 2015. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo. Argentina*
- f. **Preparación del personal de enfermería:** La formación profesional es la mejor garantía de la calidad del cuidado y estará en función a las competencias, cualificaciones y experiencia del personal de enfermería, 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, siendo necesario para equilibrar las intervenciones de las enfermeras, que la gestora programe un **periodo de inducción** para el personal de reciente ingreso o personal en rotación o de retén, desarrollen mecanismos de integración de equipos de trabajo de alto impacto homogéneo, que cuenten con personal idóneo, especializado y humano para la atención y cuidado integral de enfermería.
- g. **Capacitación permanente en servicio y extra institucional**
"La Capacitación es el proceso educativo de corto y mediano plazo, aplicado de manera sistemática y organizada, por medio del cual las personas adquieren conocimientos, desarrollan habilidades y competencias en función de objetivos definidos". Chiavenato 2007.



Para desarrollar los programas de capacitación del personal de enfermería: la gestora de enfermería tendrá en cuenta las necesidades de educación permanente en salud y programará la capacitación del personal a su cargo con el objetivo de garantizar la actualización de conocimientos para estar acorde a los cambios y avances de la ciencia y la tecnología, a fin de otorgar un cuidado calificado, seguro y oportuno al usuario, para lo cual, planificará anualmente sus requerimientos de capacitación, pasantías, intercambios profesionales, determinará el presupuesto y solicitará el apoyo correspondiente de las autoridades institucionales.

- La capacitación ayuda a garantizar que el personal esté bien informado y preparado para proporcionar atención de alta calidad a los pacientes. Esto incluye conocimientos actualizados sobre procedimientos, tecnología y protocolos de seguridad.
- Mejora de habilidades: La capacitación continua permite a los trabajadores de la salud mejorar y actualizar sus habilidades, lo que conduce a una atención más eficiente y efectiva.
- Seguridad del paciente: La capacitación en prácticas de seguridad y procedimientos estándar ayuda a reducir el riesgo de errores y accidentes, lo que promueve un entorno más seguro para los pacientes.
- Cumplimiento normativo: Todas las normas exigen que el personal de enfermería esté adecuadamente capacitado en áreas específicas, como la gestión del cuidado holístico de enfermería, las especializaciones, al manejo de bioseguridad, eliminación de desechos hospitalarios, la prevención de infecciones, de eventos adversos, el trato digno, la privacidad y derechos de los usuarios, entre muchos otros.
- Actualización sobre avances: La ciencia está en constante evolución, con nuevos descubrimientos y tecnologías emergentes. La capacitación continua asegura que el personal esté al tanto de los últimos avances y pueda aplicarlos en su práctica clínica.

En resumen, la capacitación del personal en los establecimientos de salud es fundamental para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de la atención que se brinda a los usuarios.

h. **Organización para la prestación de enfermería:** Tener en cuenta que la atención de enfermería se basa en el cuidado integral, holístico y humano del usuario, de allí que la organización de la prestación puede emplear diferentes teorías de enfermería, métodos o combinaciones, siempre y cuando no se pierda el objetivo de la integralidad: métodos de casos, método funcional, enfermería en equipo, enfermería en atención primaria, enfermería comunitaria y otros. Pudiendo utilizar: Método de casos, Método funcional, Enfermería en equipo, Enfermería en atención primaria.

i. **Investigación de enfermería:** la gestora de enfermería tendrá en cuenta las necesidades de investigación de su propio servicio, sea de la misma disciplina o interdisciplinaria y programará al personal que interviene con la finalidad de fortalecer la investigación operativa en base a evidencias, en búsqueda del mejoramiento permanente de los procesos, las situaciones de variación epidemiológica, resultados de tratamientos, entre otros.

j. **Estandarización de tiempo por procedimiento.** Es el tiempo necesario que destinan el personal de enfermería para la realización de cada uno de los procedimientos, bajo normas de calidad y eficiencia. El tiempo es determinado en horas y minutos para cada actividad, o procedimiento. Esta misma normatividad requiere de la participación de enfermeras de las diferentes especialidades para elaborar los manuales de procedimientos y determinar estándares que siempre se desarrollan en tiempos adicionales fuera de horas de trabajo.



k. **Tecnología en el cuidado al usuario:** El uso de instrumental, material y equipos modernos, requiere de tiempos para el aprendizaje de su manejo que es necesario considerar para la dotación de personal. La ausencia de software o aplicativos sistematizados para el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería, que involucra cinco etapas con muy amplia información y posterior individualización del cuidado holístico, que por Ley del Trabajo de la Enfermera N° 27669, debe ejecutarse en el ejercicio profesional, impide su desarrollo, debiendo hacer uso del SOAPIE de manera mecánica lo que lleva un tiempo de aproximadamente 18 a 20 minutos por paciente. (Mg. Fernández, MA. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. y Mg. Pascual, H. Hospital Dos de Mayo). (2023)

b. **Tecnología en el desarrollo de actividades administrativas:** El consolidado de actividades de cada especialidad, indicadores, solicitud de material, mobiliario, instrumental e insumos, instrumentos técnico administrativos son realizados manualmente debido a la carencia de una plataforma virtual sistematizada de los mismos, lo cual genera uso de mayor tiempo en su ejecución.

c. **Edad del personal de enfermería:** La edad suele ser un factor a considerar en servicios de alta exigencia, por ejemplo: las unidades de cuidados intensivos, emergencia, servicios de alta especialización, traumatología, las grandes unidades de hospitalización con pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas o con limitaciones físicas, entre otros. Sin embargo, no se puede afirmar categóricamente que por muy joven o mayor que sea el personal, tenga las condiciones físicas y mentales requeridas para laborar en determinado servicio o especialidad. Es importante evaluarlo a la luz de otras consideraciones personales, físicas, psicológicas, profesionales y del entorno, por lo tanto, es necesario tener en consideración cualquier limitación que presente el personal para otorgar la prestación de salud y garantizar el cuidado de calidad al usuario externo.

La dotación de personal de Enfermería debe ser adaptada a la complejidad y las características específicas de cada establecimiento de salud. Esto asegura que haya suficientes profesionales con las habilidades y competencias necesarias para proporcionar una atención de calidad y segura, cumpliendo con las demandas específicas de cada establecimiento de salud, bajo responsabilidad de las autoridades, por ser la salud un derecho de la ciudadanía.

CONSIDERAR PREVIO A LA DOTACIÓN DE RECURSO HUMANOS DE ENFERMERÍA

En los servicios de hospitalización o internamiento juegan un papel fundamental para hallar la dotación de personal de enfermería los siguientes aspectos:

- La infraestructura.
- El equipamiento.
- Las condiciones de trabajo.
- Índice de Atención de Enfermería en 24 horas en los servicios de hospitalización, nivel de complejidad de las especialidades clínico -quirúrgicas, unidades de cuidados críticos: UCI, UCIN, emergencia, Centro quirúrgico, y recuperación, neonatología y otros.
- El Grado de Dependencia (GD) del usuario permite clasificar los pacientes según la necesidad de asistencia directa e integral del usuario, considerándose para el presente estudio seis (6) GD: I, II, III, IV, V y VI. Como es sabido todos estos grados de dependencia fueron utilizados en los servicios de hospitalización, sin embargo, las nuevas exigencias, no permiten que el Grado de dependencia I y II sean utilizados por el escaso tiempo en minutos que representa llevar a cabo las intervenciones de enfermería de calidad.
- La ocupación cama es del 95 a 100 %, sobre todo en los hospitales de mayor nivel resolutivo.
- El número de camas presupuestadas: determina cuantos pacientes pueden hospitalizarse.
- Número de pacientes por servicio, por especialidad y por unidades críticas responde al número de camas.



Esta categorización se fundamenta en la complejidad de los cuidados integrales que un paciente requiere del personal de enfermería. Consiste en la categorización de la atención y el cuidado holístico, basada en la valoración de las necesidades de las personas usuarias que permite determinar las horas necesarias para el cuidado de enfermería directo e integral, en un periodo de tiempo.

5 METODOLOGÍA EN EL ESTUDIO DE DOTACIÓN DE PERSONAL

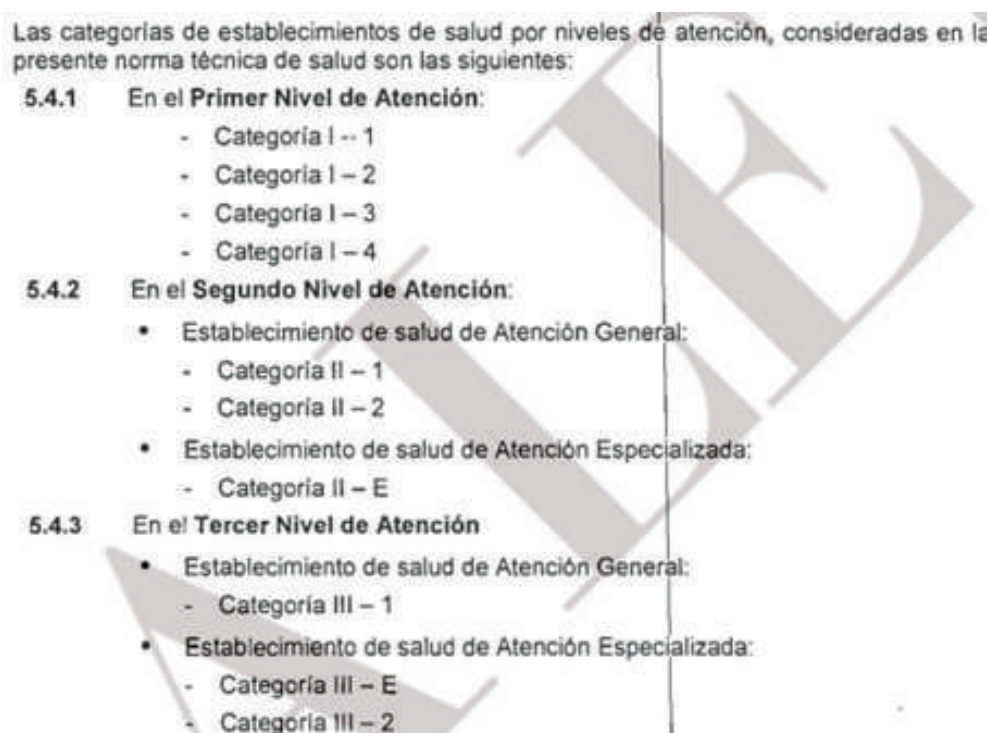
Es necesario aclarar que el Estudio de Dotación de personal de enfermería constituye una responsabilidad y obligación del equipo que gestiona los servicios de enfermería y se debe realizar mínimamente una vez al año, y sustentarlo ante la autoridad previo a la aprobación del presupuesto del Establecimiento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

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, así como: educación en el servicio, tiempo administrativo gerencial y reuniones técnico administrativos y de comités.

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

5.1 Identificación del Establecimiento de salud

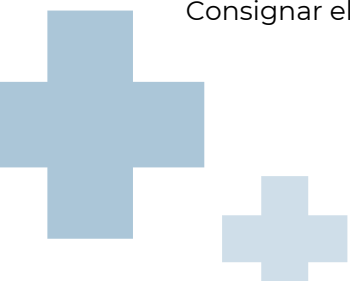
El establecimiento de salud, constituye la Unidad Operativa de la oferta de servicios de salud, según nivel de atención y clasificado en una categoría; está implementado con recursos humanos, materiales y equipos, realiza actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, asistenciales y de gestión para brindar atenciones de salud a la persona, familia y comunidad. **MINSA 19 feb 2014.**



Fuente: NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 NORMA TÉCNICA DE SALUD "CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD"

- **Subsectores de Salud.**

Consignar el nivel resolutivo del Establecimiento de salud.



DISTRIBUCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN FUNCIONAMIENTO POR PRESTADOR Y NIVEL DE ATENCIÓN

PRESTADOR	CATEGORÍA										ES CON CATEGORÍA Y EN FUNCIONAMIENTO	ES SIN CATEGORÍA Y EN FUNCIONAMIENTO	Total General
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E			
ESSALUD	4	66	44	15	32	12	1	7	2		183	118	301
GOBIERNO LOCAL		2	2								4	5	9
GOBIERNO PROVINCIAL	1		8								9	3	12
GOBIERNO REGIONAL	4359	1548	893	326	89	29	1	9	4	1	7259	21	7280
MUNSA (LIMA METROPOLITANA)	14	139	162	27	2	3		12	6		365	3	368
MIXTO		1		2							3	1	4
OTRO	6	5	2		1	1					15	11	26
PRIVADO	895	485	226	37	80	17	8	3	1		1752	1136	2888
SANIDAD FUERZA AEREA	2	3	1	3	2			1			12	9	21
SANIDAD POLICIA NACIONAL	21	8	10	6	3						48	38	86
SANIDAD EJERCITO	8	6	3	4	1						22	13	35
SANIDAD NAVAL	6	1	2	1				1			11	25	36
Total General	5316	2264	1353	421	210	62	10	33	13	1	9683	1383	11066
ES POR NIVEL DE ATENCIÓN	9354				282			47			17.50%		
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ES POR NIVEL DE ATENCIÓN	96.60%				2.91%			0.49%					

Fuente: RENAES, 07 SEPTIEMBRE 2011

5.2. UPSS Unidad Productora de Servicios de Salud, consideradas para el cálculo de la brecha y la dotación del personal de enfermería.

Cada Unidad Productora de Servicio tiene su propia fórmula o estándar para hallar la dotación de recurso humanos de enfermería: enfermeras, técnicos de enfermería, auxiliares de enfermería y camilleros. Existe un aplicativo Excel que se puede utilizar una vez que se haya entendido como funciona el cálculo de la dotación de enfermería. El fin de este aplicativo es obtener un resultado rápido, eficiente y automatizado.

Las UPSS que fueron consideradas para la realización de dotación de enfermería son:

Nº	UPSS
1	Servicios de Hospitalización.
2	Unidad de Cuidados Altamente Especializados:
4	Unidad de Cuidados Intensivos
5	Unidad de Cuidados Intermedios
6	Emergencia
7	Centro quirúrgico.
6	Central de Esterilización
9	Consultorios Externos.
10	Primer nivel de atención. Consultorios Externos.

Fuente: NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 NORMA TÉCNICA DE SALUD "CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD"

5.3. Régimen Laboral

Es el régimen de la Carrera Administrativa que permite la contratación de personal calificado de forma estable y a tiempo indeterminado. De esta forma, se protegen los cargos de la administración pública, procurando su desarrollo y realización plena para el continuo servicio a la sociedad.

Nº	RÉGIMEN LABORAL	OTRA MODALIDAD
1	276	Locadores
2	728	
3	CAS Contrato Administrativo de Servicios Salud	
4	SNP Servicios no Personales *	
5	OTROS	

*No se considera como régimen laboral a los Locadores de Servicios de Salud, por afectar la dignidad y derechos de la persona humana y de los trabajadores, al restarle todos sus derechos laborales, como ciudadano y específicamente como profesional. No tienen vínculo laboral institucional

CAPÍTULO III DE LOS DERECHOS DE LA ENFERMERA(O)

Artículo 11°.- De los Derechos de la Enfermera(o) La enfermera(o) tiene derecho a:

e) Corresponde al Estado velar por el mejoramiento progresivo y equitativo de los niveles remunerativos de los profesionales de enfermería, lo que implica que se mantengan actualizados tomando como base el escalafón salarial.

5.4 Distribución del Año Calendario.

Para la elaboración de fórmulas en cálculo de la brecha y dotación de personal de enfermería, se considera los siguientes aspectos normados:

JORNADA LABORAL	DÍAS AL MES	HORAS DE TRABAJO DE MENSUAL Y ANUAL
Jornada laboral por ley	30 días	150 mensual
Días del año	365 días	150 hrs. X 12 meses = 1,800 horas anual
Semanas anuales:	52 semanas	52 semanas - 4 de vacaciones = 48 semanas/ Año
Promedio de días al mes	30.4	Se utiliza como días promedio en un mes.

5.5 Feriados Oficiales NO laborables

Manejo de los Feriados, en el Perú

Nº	FECHAS DE DIAS NO ABORABLES	DIAS FERIADOS
1	1 de enero	Año Nuevo
2	marzo	Jueves Santo
3	marzo	Viernes Santo
4	1 de mayo	Día del Trabajo
5	7 de junio	Batalla de Arica- Día de la bandera
6	29 de junio	San Pedro y San Pablo
7	23 de julio	Día de Abelardo Quiñones - Fuerza Aérea del Perú
8	28 de julio	Fiestas Patrias
9	29 de julio	Fiestas Patrias
10	06 de agosto	Batalla de Junín
11	30 de agosto	Día de Santa Rosa de Lima
12	08 de octubre	Combate de Angamos - Marina de Guerra del Perú
13	01 de noviembre	Todos Los Santos
14	08 de diciembre	Inmaculada Concepción
15	09 de diciembre	Batalla de Ayacucho- Día del Ejército Peruano
16	25 de diciembre	Navidad

FUENTE: Diario oficial El Peruano 03 de [Febrero del 2024](#)

4. ELEMENTOS PARA EL CÁLCULO DE BRECHAS Y DOTACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

- **Paso 1.**

- Jornada laboral mensual: 150 horas, conforme a la Ley N° 27669 Ley del Trabajo de la Enfermera.

- **Paso 2.**

Total, de Horas Laborables al Año, por Enfermera y personal Técnico o Auxiliar de Enfermería.

Tiempo Laborable por Enfermera (TLE) al año:

Se necesita conocer el tiempo total laborable anual, en días y horas por persona.

Se obtienen al multiplicar la jornada mensual que es 150 horas por los 12 meses del año:

30.4 días al mes por 12 = 365 días al año

150 horas al mes por 12 = 1800 horas laborables al año.

1800 horas por 60 = 108,000 minutos laborables

- **Paso 3.**

Ausentismo Previsto: Es aquel que es posible programarlo y se refiere a tres aspectos importante: Entrega de servicio o Reporte de Enfermería, Libre por onomástico y Vacaciones anuales.

a. **Entrega de Servicio o Reporte** en cada turno, conforme lo estipula la Ley N° 27669 Ley del Trabajo de la Enfermera. Es un proceso crucial en el entorno laboral de enfermería para garantizar la continuidad de la atención y los cuidados a los usuarios, incluye los siguientes elementos:

- Informe sobre el estado general de los usuarios: Se hace entrega de cada paciente, grado de dependencia, su evolución, valoración de su estado actual, medicación administrada, incidentes y observaciones realizadas durante el turno.
- Resumen de actividades: Se detallan las tareas realizadas durante el turno, ingresos, altas, fallecidos, incluyendo cualquier incidencia o problema que haya surgido y cómo fue gestionado.
- Estado de equipos o instalaciones: Se reporta el estado de los equipos, maquinaria o instalaciones relevantes para la operación, incluyendo cualquier mantenimiento realizado o requerido.
- Eventos importantes: Se informa sobre cualquier evento relevante que haya ocurrido durante el turno, como reuniones, visitas de clientes, incidentes de seguridad, entre otros.
- Instrucciones especiales: Se proporcionan instrucciones especiales para el siguiente turno, como cambios en los procedimientos operativos, actividades y tareas pendientes o prioridades específicas.
- Registro de datos: Se puede requerir la documentación de datos específicos, niveles de inventario, control de equipos, material, insumos, medicamentos y drogas, registros de producción, informes, etc.
- Comunicación de problemas no resueltos: Problemas pendientes de resolver, se comunican detalladamente para que el siguiente equipo pueda abordarlos adecuadamente.
- Feedback y retroalimentación: Se incluye comentarios o sugerencias para mejorar la eficiencia o la calidad del trabajo basados en la experiencia del turno anterior.

b. **Libre por onomástico:** Una vez al año. Es un derecho adquirido. Según lo establecido por la institución

c. **Vacaciones anuales:** Cada Enfermera y personal Técnico y Auxiliar de Enfermería tiene derecho a 30 días (150 horas), de vacaciones al año. Es de carácter obligatorio, es un beneficio otorgado por ley en los establecimientos de salud.

Nº	CONCEPTO	TIEMPO AL MES	HORAS/MES	OBSERVACION	TOTAL, HORAS AL AÑO
1	Vacaciones	30 días	150	1 vez al año	150
2	Entrega de servicio o reporte	20* por turno	06	1 día compensatorio	72
3	Libre por onomástico	1 *día al año	06	1 vez al año	06
	TOTAL				228

• **Paso 4: Calcular el Ausentismo Imprevisto por año.**

Es aquel que no es posible programarlo; incluye según estándar: 20 días de ausentismo, por incapacidad temporal para el trabajo, por enfermedad, (6.7%) y 15 días de licencia por asuntos particulares o personales (5.0%) según estándar establecido por expertos. Este dato deberá ser registrado mensualmente y servirá de dato histórico para planificar la dotación de personal de los servicios o unidades, es variable.

Los días mencionados deben ser cubiertos en la programación por el personal de suplencia o retén u horas extraordinarias, evitando de esta forma la sobrecarga laboral para el personal, por ser una condición de trabajo humana, no esclavizante.

Nº	AUSENTISMO IMPREVISTO	TIEMPO AL MES	%	TOTAL, HORAS AL AÑO
1	Ausencias por enfermedad	20 días	6.7	120
2	Ausencias por licencias, permisos imprevistos	15 días	5.7	90
	TOTAL		11.7	210

• **Paso 5: Calcular el ausentismo por año**

Se establece sumando las horas totales de ausentismo del total del personal asignado, siendo:

$$210 + 228 = 438 \text{ horas}$$

Como se puede ver en la tabla, los espacios en color verde indican los valores fijos que tienen un sustento legal, legal según el Decreto Legislativo N° 276. Los espacios en color naranja indican los valores variables: ausencias por enfermedad y por licencias o permisos, que deben ser colocados por cada trabajador, totalizando por servicio y consolidado total de la Dirección o Departamento de Enfermería. En caso de no contar con una data histórica para comparar, se considera el 11.7% según juicio de expertos.

TIEMPO LABORABLE DISPONIBLE				
Nº	TIEMPO LABORABLE DISPONIBLES	TIEMPO	PORCENTAJE	TOTAL, HORAS AL AÑO
	HORAS LABORABLES	150	100%	1800
1	Vacaciones	30 días	8.3	150 (Diferencia 5 días)
2	Entrega de servicio o reporte	12 días	4.0	72
3	Libre por onomástico	1 día al año	0.3	06
4	Ausencias por enfermedad	20 días	6.7	120
5	Ausencias por licencias, permisos imprevistos	15 días	5.0	90
	TOTAL	78 días	23.70%	438
TIEMPO LABORABLE DISPONIBLE POR ENFERMERA				1362

TLD	1800	menos
Ausentismo	438	
Tiempo disponible	1362	

Variable que se debe colocar de acuerdo a cada institución	
Valores estandarizados con bases legales y juicio de expertos	

- 1. Jornada laboral mensual = **150** horas
- 2. Días laborables sin libres, feriados, licencias o permisos = **1800** horas al año. (150 hrs. al mes por 12 meses)
- 3. Horas de ausentismo = **438** horas, que equivalen a 78 días al año. (Diferencia de 5 días)
- 4. Días disponibles de Enfermera al año = **1362** horas que equivalen a 227 días al año.
- 5. Reporte un día al mes = **52** horas al año.
- 6. Vacaciones = **150** horas al año.
- 7. Ausencia por enfermedad = estándar, 20 días al año, que equivalen a **120** horas al año.
- 8. Ausencia por licencias, permisos y otros = estándar 15 días, que equivalen a **90** horas al año.
- 9. Finalmente se puede apreciar que en promedio las enfermeras laboran **1362** horas netas en el año.

(1800 horas Total de horas laborables por enfermera) – 438 horas (ausentismo) = 1362 horas de HLD)

La Ausencia por enfermedad y la ausencia por licencias, permisos y otros, puede ser muy variada depende del caso de cada trabajador que vive una experiencia de enfermedad o una necesidad personal, que lo obliga tomar un descanso por enfermedad o a solicitar licencia o permiso, motivo por el cual, utilizamos un estándar referencial que no necesariamente se cumple o sucede en la práctica, es por tanto, necesario tener un histórico de los últimos seis meses mínimamente para determinar las horas promedio de estas dos causas de ausentismo.

Es preciso contar previamente con datos de ausentismo por pre y post natal, hora de lactancia, de capacitación o pasantía, con datos de licencias, destakes y otros para programar los horarios mensuales y mantener un equilibrio en la dotación de personal y prever las horas necesarias para solicitar personal de suplencia o de horas extraordinarias.

- **Paso 6:**
- **Tiempo Laborable Disponible (TLD)** por persona, se obtiene al descontar los días no efectivos de trabajo del personal de Enfermería durante el año, sea por ausentismo previsto o imprevisto.
- Tiempo Laborable Disponible (TLD). Son las horas que la Enfermera(o) tiene disponibles para cumplir la labor asistencial de atención y cuidado integral y directo al usuario sano o enfermo, exceptuando el ausentismo total.
- Calcular el Tiempo Laborable Disponible (TLD).
- Luego de conocer el total de horas laborables al año por persona, que son 1800 horas, se le restan las horas de ausentismo previsto e imprevisto que suman: 438 horas x año.
- Entonces, aplicando la fórmula tenemos:

TLD = 1800 horas - 438 horas de ausentismo = **1362 Horas disponibles**

- **Paso 7. Carga de Trabajo**
- **Carga de Trabajo Estándar para las enfermeras:**

Cantidad de trabajo de un componente de la carga de los servicios de salud, que una enfermera puede hacer en un año (si la totalidad de su tiempo de trabajo lo dedicara en exclusivamente a éste componente. En el presente caso nos referimos a todas las actividades de Enfermería que se desarrollan en la gestión del cuidado enfermero directas e indirectas en los diferentes niveles de atención.

La carga de trabajo está conformada por cada una de las actividades principales de trabajo que ocupan la mayor parte de la jornada laboral de una Enfermera(o), también se le denomina como la cantidad de tiempo asignado a cada RHU para el desarrollo de actividades asistenciales, administrativas, docentes -capacitación, y de investigación, intra y extra- institucionales. En general, su medición se realiza en periodos anuales y se expresa en horas o minutos, como unidad de tiempo MINSA, y también en porcentajes.



La carga de Trabajo, también es el conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral. Tradicionalmente, este “esfuerzo” se identificaba casi, exclusivamente, con una actividad física o muscular, sin embargo, hoy se sabe que el esfuerzo es consecuencia más directa no sólo de la carga de trabajo físico si no de trabajo intelectual y en enfermería la carga de trabajo es compleja porque requiere gestionar el cuidado holístico a los usuarios que de por sí es complicado, debido a que el estado de salud y evolución integral de cada persona, sufre una alta variabilidad

al ser de carácter individual y personal sus necesidades; sus requerimientos de atención y cuidado, tienen ese mismo carácter particular diferenciado, además de una exigencia de intervención de alta calidad y totalmente humanizada.

6.1 Componentes de la carga de trabajo.

Son aquellas actividades principales de trabajo que ocupan la mayor parte del tiempo de una jornada laboral de una enfermera/o, según el cargo que desempeñe, pudiendo ser: actividades asistenciales, administrativas, docentes y de investigación.

6.2 Análisis de carga de trabajo

Para respaldar la necesidad de mantener una dotación adecuada de personal de enfermería, es importante destacar varios aspectos clave que ayuden a comprender la complejidad y la demanda del trabajo que enfrenta el equipo de enfermería.

Aspectos a considerar:

a. Volumen de pacientes: Documentar el número de pacientes atendidos por el personal de enfermería en un período de tiempo específico, como en una jornada laboral de doce o 24 horas, o de una semana, o de un mes o de un año. Sirve para comparar esta cifra con la cantidad de personal disponible para atender las necesidades de salud de estos pacientes.

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

b. Servicios de Enfermería: Se refieren al análisis de las actividades asistenciales de atención a los usuarios, que forman parte de las actividades de servicios de salud, referidas a la gestión del cuidado enfermero, que exigen la presencia de las Licenciadas en Enfermería, las cuales son administradas y gestionadas por los miembros de la Dirección o Departamento de Enfermería, y ejecutadas por el personal de enfermería asistencial y/o especializado en el cuidado y atención del usuario externo, según la cartera de servicios de Enfermería correspondiente, que por lo general se registran e informan con regularidad.

En Hospitalización

Atención y cuidado directo e integral al usuario.

Tipo de pacientes por grado de dependencia de enfermería.

- **En Centro Quirúrgico:**

Número de quirófanos.

Horas de funcionamiento.

Complejidad de las cirugías.



Gestión del cuidado al paciente en preoperatorio, trans y post operatorio inmediato.

Durante los procesos quirúrgicos, los enfermeros son los profesionales más cercanos al paciente, pues están presentes desde el principio hasta las etapas posteriores a la intervención. Entre sus actividades principales está en verificar que la sala tenga las condiciones óptimas para par la intervención quirúrgica. Aplicar la guía de seguridad para el paciente (Lista de Verificación de Cirugía Segura); preparar al paciente para el momento de la cirugía: colocar los implementos necesarios, conectarlos a monitores y, en general, asegurar todo el instrumental y equipos estén completos y que todo esté listo para que el proceso quirúrgico sea satisfactorio y seguro.

Preoperatorio. Entre sus actividades principales está en verificar que la sala tenga las condiciones óptimas para par la intervención quirúrgica. Monitoreo de equipos. Supervisión previa y durante la ejecución de las cirugías. Monitoreo son los indicadores y señales de equipos que miden parámetros como pulsaciones, niveles de oxígeno, presión arterial y otros datos necesarios.

Recepción: Esta es la fase inicial del proceso, la especialista en enfermería quirúrgica establece contacto con el paciente, verifica su identidad y tipo de intervención lo prepara a nivel físico, psicológico, emocional y espiritual, aclarando cualquier duda o inquietud que pueda tener sobre la cirugía.

Monitorea el estado general del paciente, lo evalúa y determina si se encuentra apto para la intervención: exámenes de sangre, orina, heces, toma de presión, saturación, valores cardíacos, revisa su historia clínica y quirúrgica previa, lo prepara con los elementos necesarios y acompaña hasta el quirófano.

Constata que las instalaciones, el equipamiento, los materiales, herramientas se encuentren completos y en condiciones de uso, para que el proceso quirúrgico sea satisfactorio y seguro.

* La enfermera Instrumentista II es la responsable de la aplicación de la Lista de Verificación de cirugía segura (LVCS) durante el acto operatorio.

- **Intraoperatorio.** Ingresa al paciente al quirófano; verifica que todos los implementos para el proceso estén completos y en orden.

Cubre diversas actividades vitales para el éxito de la IQ. como: monitoreo de valores del paciente, desinfección de la zona operatoria, manejo y cuantificación de los instrumentos, instrumentación quirúrgica.

- **Postoperatorio.** Finalizado la intervención, la enfermera quirúrgica acompaña al paciente en todo momento, es la responsable del proceso de monitoreo y evolución del paciente, actuando y registrando cualquier signo de alarma o complicación. Lo conduce al servicio de recuperación.

Ejecuta la desinfección y control de los instrumentos y supervisa al personal de apoyo para que el espacio quede en óptimas condiciones.

- **En Servicio de Recuperación** La misión de la Especialista en Enfermería Quirúrgica es brindar al paciente el soporte y tratamiento postoperatorio, para la recuperación del paciente. Su misión es asegurarse de que la persona haya salido bien de la operación y experimente un proceso de recuperación acorde a las características y expectativas de la operación a la que se haya sometido.



- **En Consultorios Externos:**

Número de consultorios.

Número de horas de funcionamiento.

Tipo de actividades:

Controles.

Procedimientos:

Curaciones:

Controles

Seguimiento pacientes con enfermedades crónicas

Nebulizaciones:

Programas: CRED, INMUNIZACIONES HTA, TBC, Ostomizados, VIH, Anemia, Desnutrición, Falla cardíaca.

Administración de terapéutica,

Administración de tratamiento oncológico

Atención de tópico

Tipo de usuarios:

- Recién Nacidos, Niños, Adolescentes, Jóvenes, Adultos y Adultos mayores.
- Enfermos crónicos.
- Pacientes en situación de dependencia.
- Situaciones de urgencia.
- Pacientes con enfermedades raras.
- Entre otros.

Acceso

- Demanda del propio paciente.
- Programa del personal de Enfermería:

De promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.

De prevención de riesgos y enfermedades.

Urgencias.

Emergencias

Educación para la salud

- Educación para el cuidado de la salud individual y familiar.
- Educación para el autocuidado.
- Adherencia al tratamiento del paciente y fomento de las capacidades personales.
- Prevención de riesgos y daños: Evitar conductas indeseables.
- Funcionamiento cognitivo.
- Comunicación.
- Afrontamiento de situaciones difíciles.
- Estilo de vida saludable.
- Mantenimiento de la salud mental.

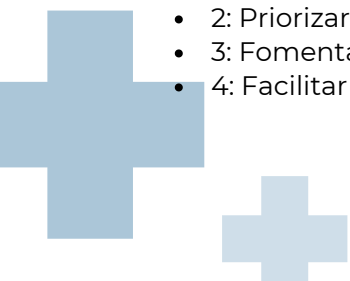
En Emergencia:

- 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 usuarias.

Participación con los grupos comunitarios

Para llevar a cabo este programa es necesario:

- 1: Investigar características de la población y sus necesidades.
- 2: Priorizar las necesidades.
- 3: Fomentar la participación de la población.
- 4: Facilitar el acceso de la población al programa.



Tipo de usuarios:

- Recién Nacidos sano.
- Recién Nacidos enfermos.
- Niños, Adolescentes, Jóvenes, Adultos y Adultos mayores, sanos
- Niños, Adolescentes, Jóvenes, Adultos y Adultos mayores, enfermos.
- Pacientes con enfermedades crónicas.
- Pacientes postrados
- Pacientes en situación de dependencia.
- Pacientes en situación de urgencia.
- Pacientes en situación de discapacidad.
- Pacientes con enfermedades raras.
- Enfermos terminales.
- Entre otros.

Gestión de casos

- La enfermera es la encargada de coordinar con el paciente y con su familia sobre los cuidados integrales y de derivarlos a los profesionales correspondientes.
- La gestión de casos se lleva a cabo por la enfermera al aplicar el Proceso de Atención de Enfermería y según las necesidades del usuario establecer el enlace; entre atención primaria y la especializada para conseguir una continuidad de la atención y cuidados.

MATRIZ: MODELO DE ABORDAJE DE PROMOCION DE LA SALUD

ENFOQUES TRANSVERSALES	ESTRATEGIAS	POBLACIÓN SUJETO DE INTERVENCIÓN				ESCENARIOS (entornos salubres)	EJES TEMATICOS (comportamientos saludables)
EQUIDAD Y DERECHOS EN SALUD	ABOGACIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS	FAMILIA	ETAPAS DE VIDA			VIVIENDA	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
			N I Ñ O	A D O L E S C E N T E	A D U L T O M A Y O R		HIGIENE y AMBIENTE
		ACTIVIDAD FÍSICA					
COMUNIDAD	INSTITUCION EDUCATIVA	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA					
		HABILIDADES PARA LA VIDA					
		MUNICIPIOS				SEGURIDAD VIAL Y CULTURA DE TRÁNSITO	
			CENTRO LABORAL	PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ			
EQUIDAD DE GÉNERO	COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD						
INTERCULTURALIDAD	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA - EMPODERAMIENTO SOCIAL E INTERSECTORIALIDAD						

MINSa El documento, aprobado con RM N° 729-2003 del 20 de junio del 2003, plantea que el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud constituye el actual marco de referencia para la atención de salud en el país, basado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, orientados a obtener una persona, familia y comunidad saludable

• En Comunidad

001	Actividades de Articulado Nutricional		APP	
99499.08	Teleorientación Síncrona	APP104	Actividad con Municipios	
		APP108	Actividades con la Comunidad	
	SESIONES	APP93	Actividad con Instituciones educativas	
C0009	Sesión educativa	APP96	Actividad con Comité Multisectorial	
C0010	Sesión demostrativa	APP138	Actividad con Agentes Comunitarios de Salud	
C0012	Sesión de grupos de apoyo comunal	APP150	Actividad con Autoridades y líderes comunales	
	CONSEJERIA	APP144	Actividad con Docentes Ciclo I	
99401.03	Consejería en Lactancia Materna Exclusiva	APP151	Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo)	
99401.04	Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical	APP165	Actividades en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal	
99401.10	Consejería en higiene del recién nacido y cuidado en el hogar		CAMPO LAB	
99401.08	Consejería de identificación de signos de alarma.	LME	Lactancia Materna Exclusiva ó prolongada	
C0011	Visita Familiar Integral	ALI	Preparación de alimentos	
99401	Consejería integral PARA NIÑOS (AS)	FCO	Fase de Concertación	
		DXA	Diagnóstico, tratamiento y prevención de Anemia	
Z762	Consulta para Atención y Supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos	SBS	Importancia de los servicios básicos de salud.	
		AA	Alimentación responsiva	
	GESTIÓN	COO	Coordinación	
		FSE	Fase de sensibilización	
		FO	Reunión de Organización	
		PP	Fase de Planificación participativa	
C0001	Reunión en Municipios	FEV	Fase de Evaluación	
C0002	Reunión en Instituciones educativas	VCO	Vigilancia Comunitaria	
C0003	Reunión en Comunidad	AE	Actividad en Centros de Promoción y Vigilancia Comunal	
		GL	Actividad promovida por el Gobierno Local	
		PNO	Padrón Nominal	
		ENM	Estímulos no monetarios a los ACS	
		FIS	Ferias integrales de salud y nutrición	
		TA	Termino de Actividad	

Fuente MINSA. Manual de Registro y Codificación de las Actividades de Promoción de la Salud 2021- 2022

b. PRINCIPALES CÓDIGOS PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PRODUCTO FAMILIAS DEL PAN CÓDIGO DIAGNÓSTICO / ACTIVIDAD

- 001 Actividades de Articulado Nutricional APP
- 99499.08 Tele orientación Síncrona APP104
- Actividad con Municipios APP108
- Actividades con la Comunidad SESIONES APP93
- Actividad con Instituciones educativas C0009
- Sesión educativa APP96
- Actividad con Comité Multisectorial C0010
- Sesión demostrativa APP138
- Actividad con Agentes Comunitarios de Salud C0012
- Sesión de grupos de apoyo comunal APP150
- Actividad con Autoridades y líderes comunales CONSEJERIA APP144
- Actividad con Docentes Ciclo I 99401.03

- Consejería en Lactancia Materna Exclusiva APP151
- Actividad con Mujeres (Madres de Grupos de Apoyo) 99401.04
- Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical APP165
- Actividades en Centro de Promoción y Vigilancia Comunal 99401.10
- Consejería en higiene del recién nacido y cuidado en el hogar CAMPO LAB 99401.08
- Consejería de identificación de signos de alarma.
- LME Lactancia Materna Exclusiva ó prolongada C0011
- Visita Familiar Integral ALI
- Preparación de alimentos 99401
- Consejería integral FCO
- Fase de Concertación PARA NIÑOS (AS) DXA Diagnóstico, tratamiento y prevención de Anemia Z762
- Consulta para Atención y Supervisión de la salud SBS
- Importancia de los servicios básicos de salud. de otros niños o lactantes sanos AA
- Alimentación responsiva COO
- Coordinación FSE
- Fase de sensibilización GESTIÓN FO
- Reunión de Organización PP
- Fase de Planificación participativa C0001
- Reunión en Municipios FEV
- Fase de Evaluación C0002
- Reunión en Instituciones educativas VCO
- Vigilancia Comunitaria C0003
- Reunión en Comunidad AE
- Actividad en Centros de Promoción y Vigilancia Comunal GL
- Actividad promovida por el Gobierno Local PNO
- Padrón Nominal ENM
- Estímulos no monetarios a los ACS FIS
- Ferias integrales de salud y nutrición TA
- Terminó de Actividad

Atención de enfermería en Programas, Carteras o Estrategias de Salud.

Visitas Domiciliarias.

Inmunizaciones

Charlas Educativas.

Entrevistas.

Tele orientación

Otras actividades.

Fuente MINSA. Manual de Registro y Codificación de las Actividades de Promoción de la Salud 2021- 2022

• Paso 7

c. Índice de Atención De Enfermería.

Según las Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería, del CEP, el índice de atención de enfermería por grado de dependencia en 24 horas, mide el tiempo que cada paciente será asistido de manera directa e integral por el personal de enfermería. También se le denomina como, una métrica que resulta de medir la carga de trabajo de los enfermeros y la calidad de la atención brindada en un periodo de tiempo específico, en las cuales no se considera la carga de trabajo generada por las **actividades indirectas** indispensables para que las actividades de **asistencia directa e integral a los usuarios** se efectivicen.



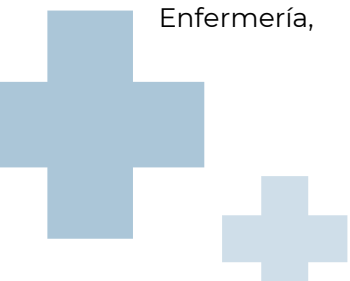
Conforme al Documento Técnico del CEP “Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero, Lima – Perú, versión actualizada 2015, se aplicaban cinco Grados de Dependencia, los cuales a partir de la presente norma se incrementarán a seis (6), como se aprecia en el siguiente cuadro, por encontrarse frente a una realidad cambiante, con nuevos perfiles epidemiológicos, con nuevas tecnologías de intervención sofisticadas para salvar vidas, como los trasplantes de órganos, que requieren de un cuidado extremo, para garantizar la sobrevivencia del paciente sin consecuencias como, secuelas, complicaciones o muerte.

En ese sentido, es esencial considerar en la evaluación el aspecto cualitativo de la atención para tener una visión completa de la situación. Si observamos que, los pacientes catalogados con grado de dependencia I, tienen un índice de atención de Enfermería de 3 horas, que equivale a 180 minutos en 24 horas por paciente, y si queremos ir más allá observamos que se utilizaba el porcentaje de 40% de tiempo para la Enfermera y el 60 % para la Técnica o Auxiliar de Enfermería, se verifica que la Enfermera sólo cuenta con 18 minutos para atender a cada paciente, sin considerar el Proceso de Atención de Enfermería, que no podemos soslayar u omitir y que tiene un estándar de tiempo de duración de 33 minutos según el estudio: “Tiempo requerido de enfermería para un cuidado con calidad realizado por Ana Margarita Puerta Cataño, Dora Lucía Gaviria Noreña y Sandra Lorena Duque Henao”, así como, el estudio realizado por Romero P., lo cual necesariamente genera una variación en el porcentaje de tiempo asignado a la Enfermera para la ejecución de actividades asistenciales a los usuarios, que serán reguladas en la asignación del porcentaje de actividades de la Lic. En Enfermería respecto a la del personal Técnico y/o Auxiliar de Enfermería, debiendo tomar medidas para la dotación real del personal Técnico y Auxiliar de Enfermería, de enfermería en 24 horas, conforme a juicio de expertos.

Los Índices de Atención de Enfermería, se trabajaron en el CEP en los años 1987 y posteriormente, fue validado nuevamente en los años 2000. En el año 2002 se aprobó la Ley del Trabajo de la enfermera, que se expresa, que la enfermera fundamenta su trabajo científico en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que se aplica en cada persona sana o enferma y que se encuentra en práctica en todos los países del mundo, -aprobado por el Consejo Internacional de Enfermeras y la OMS-OPS,- tanto en el área comunitaria como en los servicios de hospitalización y áreas críticas de los establecimientos de salud públicos y privados; en los países más avanzados utilizan una plataforma sistematizada con todas las etapas y criterios codificados de la valoración, los diagnósticos de Enfermería, los planes terapéuticos de cuidado personalizados, evalúan la intervención y permiten la realimentación de procesos del PAE; que fueron elaborados y estudiados desde la década de los 50 hasta la actualidad y se aplican mediante un trabajo sostenido en países como: Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Países de la Unión Europea (como Alemania, Francia, España, Italia, Holanda, Bélgica entre otros), Países nórdicos (como Suecia, Noruega, Dinamarca), Países de América Latina (como Brasil, México, Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Uruguay, entre otros), Países Asiáticos (como Japón, Corea del Sur, Singapur), Países Africanos (Sudáfrica, Nigeria, Kenia, Etiopía, Ghana, Tanzania, Uganda, Egipto, entre otros

El uso del PAE pueden variar en los países de Latino América según el entorno de atención de salud, la capacitación del personal de enfermería y otras consideraciones específicas de cada país. Chile, Colombia y Brasil son los más avanzados.

España lo tiene estandarizado en una plataforma virtual en nuestro idioma, que fue elaborado con apoyo del Consejo Internacional de Enfermeras y con datos completos de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA), que contiene la valoración de datos “out comes” que son los resultados de las intervenciones en las personas sanas o enfermas asistidas por las enfermeras, la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería,





las Intervenciones -NIC- (NANDA Nursing Interventions Clasification, creada por la Universidad de Iowa), que es una clasificación estandarizada de las intervenciones realizadas por la enfermera en los pacientes y la Clasificación de Resultados de Enfermería -NOC- en el paciente, forman en conjunto un marco integral que impulsa la atención de calidad al paciente. La taxonomía NANDA, es la información que tienen las enfermeras sobre la estructura de la valoración, diagnósticos de enfermería, planes de cuidado, evaluación y realimentación del PAE. Universidad de Valencia.

Paso 8

Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

8.1 Sustento Legal:

LEY DEL TRABAJO DE LA ENFERMERACAPÍTULO II -DE LA RESPONSABILIDAD Y FUNCIONES DE LA ENFERMERA(O)

Artículo 7º.- Funciones de la Enfermera(o).

Corresponde a la enfermera(o) el ejercicio de las siguientes funciones:

- a). Brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)
- c). Ejercer funciones de enfermería, tanto en el Sector Público como en el Sector Privado, en los Centros de Salud y en los diferentes niveles de complejidad hospitalaria.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), se define como la aplicación del método científico en la asistencia, que permite a la enfermera prestar al paciente los cuidados que necesita de forma estructurada, lógica y siguiendo un orden sistematizado.

(Universidad Internacional de Valencia, 2017).

Proceso de Atención de Enfermería es el sistema propio del ejercicio profesional de la enfermera, que proporciona un mecanismo mediante el cual utiliza sus competencias, es decir, sus conocimientos, habilidades, destrezas a través de una actitud humana para valorar las catorce necesidades según Henderson, diagnosticar las respuestas de la persona a los problemas reales o potenciales respecto a su salud y planificar las intervenciones para el cuidado holístico, ejecutarlas y evaluar los avances en el sostenimiento o recuperación de sus salud.

Ma. del Carmen Cruz Gómez, et al. Modificado por AMAA

También se le considera como un método sistemático y organizado de brindar cuidados individualizados, humanistas, científicos, eficientes y efectivos, centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico, estudiado, validado y aprobado a nivel global por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) para que sea ejecutado por la licenciada en Enfermería con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

8.2 FASES DEL PAE:

1. Valoración, céfalo caudal, recolección de información sobre el estado general de salud del paciente: Valorando la anatomía y fisiología de todos los órganos, aparatos y sistemas.
2. Diagnóstico de Enfermería: Juicio clínico sobre las respuestas del paciente a procesos vitales, problemas de salud reales y potenciales.
3. Planeación: Establecimiento de resultados, dando prioridad y seleccionando las intervenciones y prescripciones de enfermería.
4. Ejecución de las intervenciones para prevenir, resolver y controlar los problemas identificados.



5. Evaluación: Es la estimación sistemática de las intervenciones, que periten corroborar los resultados planeados a través de la solución de los problemas del paciente. **Anexo 1**

Su elaboración implica un tiempo aproximado de 33 minutos por paciente, según Puerta Cataño AM,

El Proceso de Atención de Enfermería se aplica en los Establecimientos de Salud y en los usuarios de las comunidades por el momento, hasta que las autoridades de salud implementen una plataforma virtual; a través del proceso simplificado SOAPIE que es el registro e interpretación de los problemas y necesidades del paciente, así como las intervenciones, observaciones y evaluaciones que realiza la enfermera; tiene en su contenido:

- S (Datos Subjetivos),
- (Datos objetivos),
- A (Análisis de los datos),
- P (Plan de atención), y
- I (Intervención o Ejecución), y
- E (Evaluación de los resultados esperados).

Su elaboración implica un tiempo aproximado de 33 minutos por paciente, según Puerta Cataño AM,

Funciones	Tiempo promedio en minutos	
	Enfermera	Auxiliar
Recibo y entrega de turno	5	5
Ronda de enfermería	14	-
Aplicar PAE	33	-
Realizar egreso	14	7
Ronda educativa por equipo de salud	10	-
Dirigir el cuidado	6	-
Solicitar evaluaciones de ayudas diagnósticas	2	-
Dar educación: aspectos hospitalarios	7	6
Educación cuidador en casa	10	-
Solicitar medicamentos	3	-
Total	120	24

PAE: proceso de atención de enfermería.

Fuente: Puerta Cataño AM, Gaviria Noreña DL, Duque Henao SL. Tiempo requerido de enfermería para un cuidado con calidad. Investigación Enfermería Imagen Desarrollo. 2017;19(2):145- 59. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.trec>

Diagnósticos de enfermería	Intervenciones de enfermería	Categoría				Total	
		Enfermera		Auxiliar de enfermería		Enfermera	Auxiliar enfermería
		Tiempo (min)	Núm. veces	Tiempo (min)	Veces		
Riesgo de suicidio r/c alteración de la vida familiar	Establecer una relación terapéutica	20	1	8	1	20	8
	Retirar del entorno los objetos que representen un peligro	-	-	7	1	-	7
	Indagar sobre las relaciones y dinámicas familiares	8	1	5	1	8	5
	Explorar las causas específicas de intento de suicidio	10	1	-	-	10	-
	Ofrecer información sobre diferentes redes de apoyo	8	1	4	1	8	4
	Analizar con el equipo interdisciplinario los hallazgos de valoración	5	1	-	-	5	-
	Gestionar proceso de remisión	15	1	10	1	15	10
	Valorar la respuesta ante la terapia analgésica, así como la aparición de efectos secundarios	2	2	2	4	4	8
	Brindar educación al paciente y su familia acerca de los cuidados necesarios	5	1	-	-	5	-
	Realizar curación según indicaciones	15	1	-	-	15	-
	Mantener la ropa limpia y seca	-	-	3	2	-	6

• Paso 9. Grado de Dependencia

El grado de dependencia consiste en la categorización del paciente, basada en la valoración de sus necesidades que permite determinar las horas necesarias para el cuidado de enfermería en un periodo de tiempo, se refiere a la medida en que una persona requiere asistencia y cuidados para realizar actividades básicas de la vida diaria y mantener la salud.

Estos niveles se clasifican en seis categorías, que van desde la independencia relativa, con un mínimo nivel de cuidado de enfermería hasta la dependencia completa, es decir la terapia intensiva altamente especializada. A continuación, se describe cada grado y el número apropiado de categorías que puede variar en cualquier momento, a pesar del grado de precisión inicial, por la variabilidad del estado de salud del paciente y por la diversidad de los requerimientos de atención de los pacientes (2) Estos grados de Atención se relacionan con los Índices de Atención de Enfermería que son los que determinan el tiempo de atención por paciente en 24 horas.

9.1 Objetivos:

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

9.2 Clasificación de pacientes por Grado de Dependencia

GRADO DE DEPENDENCIA / ÍNDICE DE ATENCIÓN	ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EN LAS UNIDADES CRÍTICAS
I Asistencia Mínima IAE= 3 en 24 horas	Asistencia Mínima en Servicio de Hospitalización. 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 la enfermería orientada a la educación en salud física y mental y estabilidad emocional, bajo la supervisión general de la enfermera. Se utiliza más en el área ambulatoria.
II Asistencia Parcial IAE=4 en 24 horas	Asistencia Parcial en Servicio de Hospitalización. Se refiere a la persona que puede valerse por sí misma, pero con ciertas limitaciones, mediano nivel de competencia, con factores de riesgo medio, con enfermedad crónica compensada, con alteración parcial de las funciones vitales, en pre y post operatorio inmediato en cirugía de baja complejidad, en post anestesia, sin complicaciones, con medicación oral y/o parenteral máximo cada 6 horas, uso de equipos de rehabilitación y confort, monitoreo temporal. Requiere intervención orientada a la educación en salud, autocuidado y estabilidad emocional, bajo el cuidado directo parcial. Supervisión general de las tareas del personal de apoyo.
III Asistencia Intermedia Hospitalización IAE=5 en 24 horas	Asistencia Intermedia en Servicio de Hospitalización. Referido a la persona con factores de riesgo de prioridad mayor a mediana, con limitaciones, no participa en su autocuidado, es paciente crónico inestable, agudo, postrado, requiere de valoración continua y monitoreo, alteración significativa de signos vitales y/o estado de conciencia, con medicación parenteral permanente y tratamiento frecuente con o sin cirugía de mediana a alta complejidad. Observación estrecha por alteración potencial en un paciente estabilizado. Puede o no tener usos de aparatos especiales de soporte de vida, Requiere intervención de la enfermera especializada orientada a la educación en salud, adherencia al tratamiento, autocuidado y estabilidad emocional del paciente, educación a la familia y cuidadores, supervisión de la enfermera. Supervisión general de las tareas del personal de apoyo.

IV Asistencia Semi Intensiva UCIN IAE=7 en 24 horas	Asistencia semi Intensiva, en Unidad de Cuidados intermedios , Se refiere a la persona con mayor prioridad, en estado <u>semi</u> - crítico, inestable con riesgo de su vida o su salud, <u>semi</u> -inconsciente, necesita intervención terapéutica convencional, con medicación parenteral permanente y tratamiento frecuente con tratamiento quirúrgico especializado. Puede presentar convulsiones, pérdida de consciencia, problemas respiratorios. Requiere valoración, monitoreo y cuidado permanente. Demandante de cuidados de enfermería por personal especializado, altamente calificado. Educación a la familia y cuidadoras. Supervisión general de las tareas del personal de apoyo.
V Asistencia Intensiva UCI IAE=12 en 24 horas	Asistencia Intensiva en Unidad de Cuidados Intensivos y Trauma Shock : Personas con lesiones graves, críticamente enferma, con problemas de salud potencialmente mortales, inestable con compromiso <u>multiorgánico</u> severo, inconsciente, deficiencia respiratoria, puede requerir sedación y/o relajación, necesita intervención terapéutica no convencional, con tratamiento quirúrgico especializado. Requiere valoración, monitoreo, soporte de la vida con equipos especiales. Y cuidados intensivos de personal de Enfermería especializado y altamente calificado. Supervisión general de las tareas del personal de apoyo. Registros minuciosos.
VI Asistencia Intensiva Especializada UT IAE=24 en 24 horas	Asistencia Altamente Especializada en estado de alerta permanente en Unidades de Trasplante de Órganos : Personas sometidas a trasplante de órganos como corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea, que requieren cuidados muy especializados permanentes, en unidades especiales, equipos y tratamiento sofisticado. Requiere personal de enfermería <u>super</u> especializado y minucioso, altamente calificado. Registros minuciosos.

9.3 Complejidad de los casos: Examinar la complejidad de los casos atendidos por el personal de enfermería, relacionando los **Grados de Dependencia de Enfermería**, con los **Índices de Atención de Enfermería**, en los: pacientes neonatos, pediátricos, adultos mayores, pacientes postrados, con discapacidades, con enfermedades raras, medicación múltiple, pacientes inmunosuprimidos, con vía venosa central, con múltiples comorbilidades, con sondas por diversas vías, con tratamiento de quimioterapia, ubicados como pacientes de grado de dependencia iv e índice de atención de enfermería en 24 horas, cuyas necesidades pueden ser compradas con los pacientes de cuidados intermedios, o de intensivos, o pacientes trasplantados, manejo de equipos y dispositivos complejos, entre otros. Cuantifica el tiempo y los recursos necesarios para brindar una atención adecuada a estos pacientes en forma permanente las 24 horas del día; y su relación con los **índices de atención de enfermería en 24 horas**, tipificados en seis niveles de complejidad, como se aprecia en el siguiente cuadro.

GRADO DE DEPENDENCIA DE ENFERMERÍA EN 24 HORAS SEGÚN INDICE DE ATENCION 						
Grado de dependencia	GD I	GD II	GD III	GD IV	GD V	GD VI
IAE	3.0 180´	4.0 240´	5.0 300´	6.0 360´	12.0 720´	24.0 1440´
Estándar de Pacientes por Enfermera Según fórmula	8	6	5 a 6	4 UCIN	2 UCI	1 UCIAE
Servicios de Hospitalización				Unidades críticas		

Paso 10.

Actividades de Soporte: Son las horas dedicadas a las actividades importantes e indispensables, que sirven de sustento a las actividades específicas de los servicios, realizados por el personal asistencial de enfermería en los servicios o unidades y que las estadísticas anuales no recogen de forma sistemática.

Promedio de tiempo en minutos requerido por vez, para algunas funciones de gestión del cuidado, por paciente y por categoría. ESE hospital de primer nivel,

Funciones	Tiempo promedio en minutos	
	Enfermera	Auxiliar
Recibo y entrega de turno	5	5
Ronda de enfermería	14	-
Ronda con equipo de salud	3	-
Aplicar PAE	33	-
Hacer ingreso	13	6
Realizar egreso	14	7
Ronda educativa por equipo de salud	10	-
Dirigir el cuidado	6	-
Solicitar evaluaciones de ayudas diagnósticas	2	-
Dar educación: aspectos hospitalarios	7	6
Educar cuidador en casa	10	-
Solicitar medicamentos	3	-
Total	120	24

PAE: proceso de atención de enfermería.

FUENTE: Puerta AM, Pérez S. Tiempo requerido por día para la gestión del cuidado y para las intervenciones del cuidado, desde el proceso de atención de enfermería, de algunos pacientes internados en un primer nivel

12	TIEMPO DE ACTIVIDADES DE SOPORTE (TAS) en 11 meses al año			
13	ACTIVIDADES DE SOPORTE	TIEMPO	HORAS AL AÑO	PORCENTAJE
14	Informes y Registros	20' al día = 10,13 h x me	121.6	8.9%
15	Supervisión del personal Técnico d Enfermería	12' al día = 6,8 h x mes	81.6	6.0%
16	Reuniones administrativo- asistenciales	2 horas al mes	24	1.8%
17	Capacitación e Investigación operativa	4 horas al mes	48	3.5%
18	Control de material y equipos	6' al día = 3,04 h x mes	36.48	2.7%
19	Ronda de Enfermería	10' al día = 5,06 h x me	60.72	4.5%
20	Coordinación con dependencias de Ayuda al Dx. y Tto., otros servicios. Solución de situaciones diversas y contingencias	1 hora a la semana	52	3.8%
21			424.4	
22	TOTAL TAS			31.2%

Representan 424.4 horas que equivalen al 31.2 % de las actividades desarrolladas en los servicios y unidades de enfermería, de los establecimientos de salud.

Actividades de soporte

Nº	ACTIVIDADES DE SOPORTE	MINUTOS	TOTAL HORAS DIARIAS
1	Reporte	20	20
2	Control de material y equipos	03	03
3	Ronda	10	10
4	Asignación de tareas	05	05
5	Supervisión a Técnicas y Auxiliares de Enfermería	07	07
6	Coordinaciones con otros servicios y departamentos	8.6	8.6
7	Informes y registros	20	20
8	Ingreso	7	7
9	Alta	5	5
10	SOAPIE por cada paciente	15	120
	TOTAL	85.5	1.42 horas

4. Actividades Administrativo Gerenciales:

La profesión de Enfermera tiene una actividad compleja y variada, que requiere de cualificaciones especiales y de un conjunto de saberes teórico conceptuales, metodológicos y técnicos específicos que le permiten administrar los servicios y gerenciarlos desarrollando múltiples actividades que le permiten potenciar la gestión del cuidado centrado en el usuario

Las actividades administrativo gerenciales de los servicios y unidades de enfermería son realizadas únicamente por miembros directivos de las diferentes categorías de enfermería cuyas estadísticas anuales no se recogen de forma sistemática.

Para garantizar productos concretos, observables y medibles de la gestión del cuidado enfermero, es necesario tener en cuenta las siguientes actividades:

1. Responsabilidades Administrativo gerenciales de las Jefaturas.

Las actividades de gestión del área administrativa de enfermería al ser tan variadas y complejas requieren contar con un órgano de línea y una unidad orgánica que garantice la gestión del cuidado enfermero con la máxima calidad las 24 horas del día y que se prevea todo riesgo para la salud y la vida de los pacientes hospitalizados, del área ambulatoria y de la comunidad. Este tipo de actividades requiere:

Nº	Cargos	Establecimientos de salud	Nº de camas y pacientes
1	Directora de Enfermería	Institutos Hospital de Alta complejidad	200 a más
2	Jefas de Departamento por áreas: Madre Niño, Ambulatoria, Cirugía y Especialidades, Medicina y Especialidades, Salud Mental.	Institutos Hospital de Alta complejidad	
3	Supervisoras de Área	Todos los Hospitales y Clínicas.	80 pacientes a más
4	Jefa de Servicio y Jefa de Unidad	Todos los servicios	
5	Sub Jefes de Servicio	Hospitales de Nivel II y III	

Para Institutos y Establecimientos de salud de Alta complejidad

- Una Directora de Enfermería.
- Cinco o más Jefas de Departamento por especialidades: Madre Niño, Ambulatorios, Cirugía y Especialidades, Medicina y Especialidades, Salud Mental y Psiquiatría.
- Supervisoras de Áreas: Por cada 100 camas 5 supervisoras.
- Jefas de los servicios de enfermería: 1 jefa por cada servicio y 1 jefa por cada unidad.
- Sub jefas de servicios de enfermería: 1 sub jefa en el turno de mañana y 1 subjefa en los turnos de tarde.
- Para Hospitales de Mediana complejidad
- Directora Sectorial
- Tres o más Jefas de Departamento por especialidades: Madre Niño, Ambulatorios, Cirugía y Especialidades, Medicina y Especialidades, Salud Mental y Psiquiatría.
- Supervisoras de Áreas: Por cada 100 camas 5 supervisoras en turnos rotativos.
- Jefas de los servicios de enfermería: 1 jefa por cada servicio y 1 jefa por cada unidad.
- Sub jefas de servicios de enfermería: 1 sub jefa en el turno de mañana y 1 subjefa en los turnos de tarde.

- Para Hospitales de Baja complejidad
- Directora Sectorial
- Dos Jefas de Departamento por especialidades: Hospitalización y Ambulatorios.
- Supervisoras de Áreas: Por cada 100 camas 5 supervisoras en turnos rotativos.
- Jefas de los servicios de enfermería: 1 jefa por cada servicio y 1 jefa por cada unidad.
- Sub jefas de servicios de enfermería: 1 sub jefa en el turno de mañana y 1 subjefa en los turnos de tarde.

DETERMINAR EL TIEMPO DE ACTIVIDADES DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA GERENCIAL (TAGA) Técnico Administrativas

Las actividades de la enfermera abarcan una variedad de tareas relacionadas con la administración, gestión y coordinación de recursos en el entorno de atención de salud. Estas actividades son esenciales para garantizar una atención eficiente y de alta calidad para los pacientes.

Las actividades individuales o adicionales no se pueden manejar por porcentaje porque no todas las enfermeras realizan estas actividades. Para calcular este valor, primero se identifican aquellas actividades individuales con tiempos significantes como por ejemplo Formación continua (capacitación) o evaluación de procesos. Luego se colocan los tiempos de cada una de estas actividades y la cantidad de personal que realizan esta actividad. Por ejemplo:

Algunas de las actividades técnico administrativas comunes de la enfermera incluyen:

- a. La **programación de horarios del personal de enfermería** es un proceso que consiste en la planificación de los horarios de trabajo, asignar turnos de manera eficiente y equitativa, teniendo en cuenta los siguientes factores: la demanda de las necesidades de los usuarios, la oferta la disponibilidad y las habilidades del personal, la carga de trabajo, días libres por vacaciones, feriados, onomástico, enfermedad, licencias, y las regulaciones laborales. El objetivo es garantizar una cobertura adecuada de enfermeras en todo momento para proporcionar atención y cuidado de calidad a los pacientes, evitar el agotamiento del personal y fortalecer el cumpliendo con las normas laborales.
- b. La **supervisión a estudiantes de enfermería** implica la guía y evaluación de sus habilidades clínicas y conocimientos teóricos por parte de enfermeros experimentados o docentes. El objetivo es asegurar que los estudiantes adquieran las competencias necesarias para brindar atención de calidad a los pacientes, mediante la observación directa, retroalimentación constructiva y apoyo en el desarrollo de habilidades técnicas y de comunicación. Esto se realiza tanto en entornos clínicos como en simulaciones, con el fin de preparar a los estudiantes para su futuro ejercicio profesional
- c. El **monitoreo de procesos** es el seguimiento continuo y sistemático de las actividades y operaciones dentro de una organización o sistema. Consiste en recopilar datos en tiempo real o periódicamente para evaluar el cumplimiento de la guía metodológica del proceso, el rendimiento, identificar desviaciones, detectar problemas potenciales y tomar medidas correctivas. (Planes de mejora continua).El objetivo es garantizar la eficiencia, calidad y cumplimiento de objetivos, permitiendo tomar decisiones informadas para mejorar los procesos y alcanzar los resultados deseados.
- Esto se logra a través de la observación, la retroalimentación constructiva, el seguimiento de indicadores de desempeño y la implementación de acciones correctivas cuando sea necesario.
- d. La **evaluación de procesos** implica analizar y medir la eficacia, eficiencia y calidad de las actividades y operaciones dentro de una organización. Esto se logra mediante la recolección y análisis de datos, comparando resultados con estándares predefinidos y tomando medidas correctivas cuando sea necesario. El objetivo es identificar fortalezas, debilidades y áreas de mejora, con el objetivo de optimizar el desempeño, aumentar la productividad y garantizar el cumplimiento de objetivos. La evaluación de procesos es fundamental para la mejora continua, el éxito a largo plazo de una organización y permite impulsar los planes operativos y estratégicos de la institución.

- e. La **evaluación de indicadores** implica medir y analizar datos específicos que reflejan el desempeño de un proceso, actividad o sistema. Estos indicadores pueden ser cuantitativos o cualitativos y se utilizan para evaluar el progreso hacia los objetivos, identificar áreas de mejora y tomar decisiones informadas. El objetivo es medir el rendimiento, detectar tendencias, y ajustar estrategias para mejorar el desempeño y alcanzar metas establecidas
- f. La **evaluación y seguimiento del plan operativo anual** implica revisar y analizar regularmente el progreso hacia los objetivos y metas establecidos para el año. Esto implica comparar los resultados reales con las metas planificadas, identificar desviaciones, analizar las causas y tomar medidas correctivas cuando sea necesario. El objetivo es asegurar que el plan operativo se implemente de manera efectiva y que se logren los resultados deseados, ajustando el plan según sea necesario para maximizar el éxito organizacional
- g. La **solución de problemas logísticos** implica identificar, analizar y resolver obstáculos o desvíos que afectan la cadena de suministro y la gestión de los servicios de enfermería. Esto implica encontrar soluciones eficientes para optimizar el flujo de bienes, reducir costos, minimizar tiempos de espera y mejorar la satisfacción de los usuarios. Se emplean herramientas como el análisis de causa raíz, la optimización de rutas, el seguimiento en tiempo real y la colaboración con proveedores para abordar y superar los desafíos de escasez de recursos materiales de manera efectiva.
- h. La **educación al paciente y su familia** implica proporcionar información clara y comprensible sobre el estado del paciente, cuidados de enfermería y prevención. Esto se logra a través de la comunicación efectiva, el uso de recursos visuales y escritos, la demostración de habilidades prácticas y el apoyo emocional, promoviendo así la autonomía, la adherencia al tratamiento y la mejora de los resultados de salud. El objetivo es lograr su participación activa en el autocuidado y en la toma de decisiones informadas sobre su salud.
- i. Las **entrevistas al personal** de enfermería son procesos estructurados de comunicación entre autoridades, Enfermeras: Directora, Jefe de Dpto. de Enfermería, Supervisora o Jefe de Servicio y personal de enfermería de los diferentes servicios, en los que se evalúan habilidades, experiencia, aptitudes y disposición para el trabajo. El objetivo es seleccionar o evaluar al candidato más adecuado para un puesto específico, identificar necesidades de desarrollo profesional, y establecer expectativas claras sobre roles y responsabilidades en el contexto de la atención y cuidado de enfermería.
- j. Las actividades de **investigación de la enfermera** en los servicios de salud son importantes para avanzar en el conocimiento científico y mejorar la calidad de la atención; es fundamental para promover la innovación, mejorar la práctica clínica y contribuir al avance del conocimiento en el campo de la salud.

GESTIÓN DEL RRHH DE ENFERMERÍA

- Actividades de Gestión administrativa gerencial: realizadas sólo por miembros de la unidad orgánica de enfermería con cargo de dirección como las Enfermeras Directoras sectoriales, Jefas de Departamento de Enfermería, Enfermeras Supervisoras, Enfermeras Jefes de Servicio, Enfermeras subjefes de servicio. Coordinadoras del cuidado, entre otras (no todas las enfermeras las realizan). No se realizan estadísticas periódicas sobre ellas.

Todos los componentes de la carga de trabajo, deben ser las actividades más importantes en la programación diaria de las(os) enfermeras(os).

- Planificación y organización del órgano de línea la Unidad Orgánica de Enfermería. Asignación de autoridad y responsabilidad según los cargos. Determinar la dotación de personal de cada servicio, considerando la especialidad y la complejidad de la atención. Programación de horarios, recursos, coordinaciones. Distribución y redistribución de personal según necesidades. Programación de vacaciones y día libre por onomástico. Coordinación con la Enfermera Jefa de servicio y Supervisora los descansos, ausentismo previsto: vacaciones, días feriados, ausentismo imprevisto: Descansos Médicos, Licencias y permisos. Elaborar la evaluación semestral del comportamiento laboral del personal de enfermería a su cargo. Gestionar estímulos por rendimiento. Aplicar medidas correctivas por incumplimiento de las normas institucionales.

- **Gestión del bienestar del RRHH:** organización del sistema de ciencia y tecnología, el sistema de educación, el sistema productivo, cultural y social,
- **Gestión logística:** Planificación del Cuadro anual de Necesidades de Mobiliario, Equipos, Material, Instrumental e Insumos. Elaboración de orden de pedidos mensuales de recursos. Organización y asignación diaria de los requerimientos, distribución y control de equipos y materiales e insumos, medicamentos, ropa e instrumental de acuerdo con las necesidades del servicio o unidades de enfermería bajo su cargo, mediante la elaboración de un plan de trabajo y controles específicos. Elaboración y control de inventaros. Planificación y control de las órdenes de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos, mobiliario, instrumental, equipos de informática, equipos de intercomunicación entre otros. Coordinación con servicios generales para la limpieza, desinfección y otros.
- **Gestión de la calidad:** Participar en el Comité para mejorar la calidad y la seguridad en la atención de los usuarios. Monitoreo, supervisión y evaluación de los indicadores de la calidad de la gestión del cuidado al paciente.
- **Gestión del Conocimiento y Desarrollo del personal de Enfermería:** Planificación, organización, dirección, ejecución y control de los programas de Capacitación y Educación Permanente del personal de enfermería bajo su cargo y estudiantes de pre grado en formación, de postgrado: residentes de enfermería en la especialidad del servicio.
- **Gestión de la Investigación:** Planificación, organización, dirección, ejecución y control de los programas de investigación.
- **Gestión de crisis y desastres:** Participar en casos de urgencia clínica o desastres naturales o antropogénicos (creados por la humanidad), de acuerdo con el Programa de Continuidad establecidas en protocolos de atención de emergencias y desastres.

2. Responsabilidades Administrativo gerenciales de las Supervisoras.

- **Gestión y supervisión de las áreas de responsabilidad.**
- Elaboración y/o actualización del Diagnostico Situacional de Supervisión de la Unidad de Enfermería.
- Participación en la elaboración, monitoreo y evaluación del Plan Trabajo de la Unidad Orgánica de Enfermería.
- Elaboración, ejecución y evaluación el plan diario de supervisión de Enfermería durante el turno correspondiente.
- Distribución, redistribución y monitorización de la permanencia del personal de enfermería en los servicios y unidades correspondientes.
- Supervisión y monitoreo en forma inopinada, el adecuado desarrollo de los procedimientos de enfermería.
- Evaluación del cumplimiento de las normas y directivas de las buenas practicas establecidas, en prevención de caídas, de lesiones por presión, flebitis, de extubaciones, identificación de pacientes, adherencia de higiene de manos, registros de enfermería y bioseguridad.
- Participación en la elaboración, revisión y actualización de documentos de gestión de acuerdo al ámbito de su competencia y a la normativa vigente, para el logro de los objetivos institucionales.
- Coordinación y participación en los Comités de Apoyo a la Unidad Organizativa de Enfermería.
- Consolidación los indicadores y estadísticas correspondientes, para la toma de decisiones, en coordinación con la jefatura de la Unidad de Enfermería
- Evaluación de los indicadores propios de la supervisión de enfermería.
- Participación en reuniones de la Unidad de Enfermería, de los servicios asignados y a las capacitaciones programadas.

- Supervisión y monitoreo del clima organizacional saludable para favorecer las relaciones interpersonales armoniosas y la productividad.
- Supervisión y evaluación las actividades administrativas en los servicios.
- Monitoreo y evaluación de los instrumentos técnico administrativos aplicados en los servicios.
- Supervisión y evaluación el cumplimiento del Plan Operativo de los servicios de enfermería.
- Supervisión, monitoreo, recolección, análisis y evaluación de la información relacionada con indicadores y documentos de gestión de enfermería.
- Ejecución de la auditoria de los registros de enfermería en los servicios de hospitalización y consulta Ambulatoria
- Contribución en la elaboración de planes de mejora en los servicios de hospitalización.
- Aplicación del plan de contingencia en los servicios, según la alerta que se presente.
- **Gestión del RRHH de Enfermería**

Elaboración del consolidado de la programación de roles de trabajo, retenes, vacaciones, horas extraordinarias, y otros, así como el ausentismo revisto e imprevisto del personal de enfermería, para evaluarlos y remitirlos a la Jefatura de la Unidad de Enfermería, de acuerdo a la normatividad vigente.

Elaboración del cuadro de necesidades de Personal anual. Establecer la brecha y solicitar personal de reemplazo.

Distribución y redistribución del personal según las necesidades de los servicios.

Supervisión y evaluación al personal a su cargo

3. Responsabilidades Administrativo asistenciales

- Gestión del Cuidado enfermero: Participación en el reporte o entrega de turno, informe del estado de salud de cada paciente y su grado de dependencia e IAE en 24 horas, del estado del servicio, dotación de personal, ausentismo, deficiencias, incidentes. Realizar enlaces de turnos y de guardia, proporcionando la información relacionada al cumplimiento de la atención a las personas usuarias en las áreas de desempeño del personal de enfermería.
- Elaboración de informes, estadísticos, reportes estadísticos informes y registros correspondientes.
- Monitoreo y Supervisión el PAE y sus etapas. Monitoreo de procedimientos terapéuticos: cumplimiento de la terapéutica y los procedimientos de diagnóstico y tratamiento de los pacientes, aplicando acciones para garantizar la seguridad y calidad de atención al usuario por medio de la retroalimentación al personal asistencial.
- Coordinación, control y evaluación de los trámites administrativos de su competencia para la atención, traslado o referencia de los usuarios.
- Orientación y asistencia a los usuarios y familiares, sobre trámites administrativos relacionados con la atención de enfermería.
- Supervisión de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el cuidado integral al paciente hospitalizado, a través de los instrumentos estandarizados. (SOAPIE)
- Supervisión monitoreo y evaluación del nivel de satisfacción de los usuarios.
- Monitoreo el orden de los ambientes de trabajo y de pacientes de cada servicio o unidad.
- Coordinación con Logística la dotación de equipos, material e insumos.
- Supervisión y promoción de la calidad de atención de enfermería con base en aspectos éticos, humanísticos y profesionales.
- Supervisión y monitoreo del cumplimiento estricto de las normas de bioseguridad, en servicios de enfermería que supervisa.
- Supervisión y monitoreo la aplicación correcta de técnicas y procedimientos de enfermería en la atención al paciente, mediante el uso de documentos: Guías de Procedimientos, Guías de Intervención de Enfermería, Planes del Cuidado de Enfermería, etc., en forma inopinada.
- Participación en los comités Institucionales: Calidad, Infecciones Intrahospitalarias, Capacitación, Investigación, Indicadores de Gestión, Informática y Estadística., Actividades culturales, entre otras, según asignación.

- Supervisión, monitoreo y auditoría del uso de Registros de Enfermería: Balance hídrico, Hoja de Monitoreo en las Unidades Críticas (Emergencia, UCI Quemados, UCI Neuroquirúrgica, UCI Neonatal, UCI Cardiológica, UCI Pediátrica, UCI Cardiovascular, Centro Quirúrgico), Hoja de Monitoreo de Funciones Vitales, Hoja Gráfica de Funciones, Registros de Enfermería, Kárdex de Enfermería, entre otros, en forma aleatoria.
- Programa de estímulo para el personal con excelente rendimiento.

4. Responsabilidades de Docencia

- Gestión del Conocimiento y Desarrollo del personal de Enfermería: Planificación, organización, dirección, ejecución y control de los programas de Capacitación y Educación Permanente del personal de enfermería bajo su cargo y estudiantes de pre grado en formación, de postgrado: residentes de enfermería en la especialidad del servicio. Facilitar el campo clínico a pasantes de otras instituciones o establecimientos de salud. Participar en el Comité de Capacitación de la Dirección/ departamento de Enfermería y de la Institución.
- Promoción el desarrollo profesional del personal de enfermería.
- Participación en el Programa de Inducción del personal de reciente ingreso y del personal en rotación interna y pasantías de post grado, prácticas de estudiantes de enfermería de pregrado y otros.
- Participación en la elaboración y ejecución de programas de educación continua dirigidos al personal de enfermería Plan de Desarrollo de las Personas: Incentivando la creatividad e innovación con el fin de mejorar la cultura organizacional con calidad y calidez en la atención de enfermería. reafirmar
- Programación de pasantías en servicios de alta especialidad en el extranjero.
- Asistencia y participación en seminarios, congresos, foros, etc.
- Conducción del proceso enseñanza aprendizaje a estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas asistenciales, administrativas y de investigación de pre y post grado.
- Vigilancia para que el personal capacitado en temas específicos reproduzca los conocimientos recibidos.

5. Responsabilidades de Investigación

- Gestión de la Investigación: Planificación, organización, dirección, ejecución y control de los programas de investigación y estímulo para los mejores trabajos.
- Conducción y/o participación en la elaboración de estudios de investigaciones en el campo intelectual con objeto y metodologías propias de enfermería, investigación en base a evidencias.
- Elaboración de estudios de investigación operativa y planes de Mejora continua, según Peter Drucker para hacer las cosas correctamente y producir conocimiento nuevo en la disciplina de enfermería, orientado a la producción y, en especial, a la aplicación tecnológica de conocimientos.
- Participación en la evaluación del nivel de desempeño laboral del personal de enfermería, mediante la evaluación semestral según normativa vigente.
- Aplicación de la metodología de la investigación científica (PAE) en problemas de salud a los usuarios.
- Promoción y participar en estudios de investigación realizados por personal de enfermería y equipo multidisciplinario.
- Desarrollo de la investigación aplicada u operativa, a través del monitoreo, supervisión y evaluación de los indicadores de salud y enfermería, concluyendo con los Plane de Mejora Continua.
- Investigación en base a competencias, para sustentar los cambios y modernización de la atención y los cuidados a los usuarios.

4.5 ANÁLISIS DE LA DOTACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA POR GRADO DE DEPENDENCIA E ÍNDICE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN 24 HORAS.

Consideramos que 24 horas equivale a 1,440 minutos y los dividimos en 4 turnos de 6 horas tenemos 360' (minutos)

Grado de Dependencia Nº de pacientes por enfermera	Índice de atención de Enfermería en 24 horas	Minutos en 24 horas (24 hrs. X 60' = 1440 min) (1440: 4 = 360') 4 turnos de 6 horas REFERENCIAL	Total, de minutos requeridos de atención de enfermería por paciente en 24 hrs.	Tiempo dedicado a cada paciente en cada turno de 6 horas (24 hrs: 4 = 6) Expresado en MINUTOS	Cuidado integral de enfermería x turno de 6 hrs. En servicios de hospitalización.	
					Enfermera % Minutos en 6hrs. X pac.	T/E A/E % Minutos en 6hrs.x pac.
I = 14 pac.	1.7?	1440' 360'	1.7 x 60 = 102'	102': 4 = 25.5	40% = 10.2?	60% = 15.1
II = 14 pac.	1.7?	1440' 360'	1.7 x 60 = 102'	102': 4 = 25.5	50% = 12.3?	50% = 12.2
II = 12 pac.	2?	1440' 360'	2 x 60=120'	120': 4 = 30'	40% = 12'?	60% = 18'
I = 12 pac.	2?	1440' 360'	2 x 60=120'	120': 4 = 30'	60% = 18'?	40% = 12'
G I = 12 pac.	2	1440' 360'	2 x 60=120'	120': 4 = 30'	70% = 21'?	30% = 9'
III = 08 pac.	2.5	1440' 360'	2.5 X 60' = 150'	150': 4 = 37.5'	60% = 22.5?	40% = 15'
G I = 08 pac.	3	1440' 360'	3 X 60' = 180'	180': 4 = 45'	60% = 27'	40% = 18'
G II = 08 pac.	3	1440' 360'	3 X 60' = 180'	180': 4 = 45'	70% = 31.5'	30% = 13.5'
G III = 06 pac.	Estándar 4	1440' 360'	4 X 60 = 240'	240': 4 = 60'	70% = 42'	30% = 18'
G IV = 04 pac.	6	1440' 360'	6 X 60' = 360'	360': 4 = 90'	80% = 72'	20% = 27'
IV = 04 pac.	4	1440' 360'	5 X 60' = 300'	300': 4 = 75'	70% = 52.5'	30% = 22.5'
IV = 03 pac.	8	1440' 360'	8 x 60 = 480'	480': 4 = 120'	80% = 96'	20% =
G V = 02 pac.	12 a 24	1440' 360'	12 X 60 = 720'	720': 4 = 180'	90% = 162'	10% = 18'
G VI = 01 pac.	24 a 48	1440' 360'	24 X 60 = 1,440'	1440': 4 = 360'	100% 360'	1 salidas x turno

Como podemos observar los grados de dependencia y los índices de atención en 24 horas basados en estudios técnicos desde la llegada de las Enfermeras Canadienses al país y los sucesivos estudios de actualización hasta el día de hoy, permitieron adoptar criterios técnicos para la dotación de pacientes, sin embargo, las normas generadas por el Ministerio de Salud y de ESSALUD no responden a la oferta y a la demanda. no se adaptan a los nuevos requerimientos, porque ninguna de estas normas ha considerado el Proceso de Atención de Enfermería, que legalmente tiene que ser promovido por las autoridades, para su ejecución dando cumplimiento a la Ley del Trabajo de la Enfermera que es una Ley específica. Tampoco se ha considerado el Tiempo de Actividades de Soporte (TAS).

En todos países priorizan la calidad y seguridad en el cuidado integral del usuario y el bienestar del personal, evitando la saturación de actividades y sobrecarga laboral que genera una gran insatisfacción en el usuario externo e interno de las instituciones de salud.

El CEP que por Ley es la entidad normativa del ejercicio profesional, considera imperativo adecuar los índices de atención en 24 horas con el PAE, el TAS para hacer compatible los servicios que otorga la enfermera al usuario, teniendo presente que todas las actividades van dirigidas a la gestión de calidad del cuidado enfermero y que no se registraban o se tenían en cuenta y por ello eran invisibles, siendo parte sustancial del trabajo profesional de la enfermera. lo que ha generado un desequilibrio entre la demanda de los sujetos de cuidado y la oferta de personal de enfermería.

Es aún más grave cuando el desacierto no se corrige y el personal tiende a desplazar el cuidado para cubrir brechas generadas por falta de personal de suplencia y dejan oculta la sobrecarga laboral y el cuidado prestado por el profesional de enfermería en los Establecimientos de Salud de diferente nivel, aunado a la exigencia de calidad, que no se observan para otros profesionales.

NECESIDADES DE PERSONAL DE ENFERMERÍA Y DE PERSONAL DE APOYO A LOS PACIENTES

- Necesidades de cuidado directo e integral, de la Licenciada en Enfermería:
- La demanda de los pacientes se debe analizar mediante el **Índice de Atención de Enfermería en 24 horas**, es decir, la cantidad de tiempo dedicado a: la atención directa e integral de cada uno de los pacientes.
- El CEP que es la entidad normativa del ejercicio profesional de enfermería, establece como estandar la relación según el grado de dependencia, debido a la exigencia legal de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería con sus cinco etapas, que debe aplicarse a la persona sana o enferma en todo Establecimiento de Salud; siendo de responsabilidad de las autoridades de Enfermería y de las Direcciones y Gerencias de los Establecimientos de Salud, del MINSA, de ESSALUD, de las FFAA, de la PNP, de los gobiernos Regionales, gobiernos Locales y de las Clínicas y otras entidades Privadas, de las autoridades de los Establecimientos de Salud, de quienes depende directamente la Unidad Orgánica de Enfermería, su cumplimiento. Toda alteración de la norma será catalogada como acto de intrusismo y desacato de la ley, con las consecuencias legales correspondientes.
- La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, contiene: la valoración de cada paciente o persona sana, la formulación de los diagnósticos de Enfermería, la elaboración del Plan de atención y cuidados conjuntamente con los usuarios, la ejecución de las actividades terapéuticas y la evaluación de todas las actividades, incluyendo la ejecución de procedimientos de enfermería, la adherencia al tratamiento, la administración de medicamentos considerando los correctos y las interacciones y reacciones, la monitorización de signos vitales, la observación de signos de alarma, el apoyo espiritual y emocional al usuario, etc. Destacar cómo una dotación escasa del personal podría afectar la capacidad de proporcionar esta atención de manera oportuna y efectiva.
- Es preciso mencionar que el reconocimiento contextual de enfermería como disciplina del conocimiento se basa de acuerdo con Ospina (2004), en el fundamento investigativo de las áreas del saber, éstas pueden ser científicas, humanísticas o artísticas. Las disciplinas poseen un método, principios y procedimientos que originan un conjunto de conocimientos ordenados sobre un determinado campo del saber; en éste caso de la disciplina y de la profesión de Enfermería. Entre las características de las disciplinas encontramos las siguientes: · Poseen un objeto particular de estudio · Desarrollan conocimientos, conceptos y lenguajes especializados · Tienen una matriz teórica unitaria · Asumen un método específico para el estudio de sus conocimientos, todas ellas.
- Según Amézcuca: La Enfermería define claramente su objeto de estudio cuando afirma ocuparse de proporcionar cuidado profesional a las personas que, en interacción continua con su entorno, viven experiencias de salud-enfermedad. Algunos lo denominan metaparadigma enfermero o perspectiva enfermera. Para alcanzar su objeto, Enfermería se afana en procurar satisfacer las necesidades fundamentales que dan sustento a la vida mediante un método propio, que no es más que una adaptación del método científico a nuestro campo disciplinar. La perspectiva y el método son aprendidos a través de programas de educación superior universitaria.

Manuel Amézcuca¹ ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? ¹Cátedra Index de Investigación en Cuidados de Salud, UCAM-Fundación Index, Granada, España. Index de Enfermería, versión On-line ISSN 1699-5988 versión impresa ISSN 1132-1296. *Index nferm* vol.27 no.4 Granada oct./dic. 2018 Epub 20-Ene-202. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002

Para dar cumplimiento a la Ley del Trabajo de la Enfermera(o) se ha considerado dar un tiempo adicional al **Proceso de Atención de Enfermería**, que tiene un estándar de tiempo de 33 minutos por paciente, adicionalmente el **Tiempo de Actividades de Soporte (TAS)** que demandan las actividades indirectas: Control de material y equipos, Ronda de Enfermería, indicaciones al personal Técnico y Auxiliar de Enfermería, Registros de Enfermería: H.CI., PAE, Kardex, Informes, Ingresos, Altas, Transferencias, Coordinaciones con otras dependencias y equipo de salud. Solución de contingencias. Supervisión al personal Técnico y Auxiliar de Enfermería, Reuniones administrativas, Reuniones de Capacitación y Docencia. Reuniones de Investigación, Suman 361.5 horas al año, que suman aproximadamente 26.5% del tiempo de trabajo de la Enfermera.

- **Delegación de tareas al Técnico de Enfermería o Auxiliar de Enfermería:**

En el presente trabajo se actualizan los estándares y se deja de lado los porcentajes debido a que los tiempos asumidos por la Lic. en Enfermería no responden a los porcentajes utilizados con anterioridad, de manera que mediante delegación al personal Técnico y Auxiliar de enfermería, conforme a la Ley N° 27669 Ley del Trabajo de la enfermera(o) y su Reglamento, no se menciona que los tiempos deben ser compartidos.

CAPÍTULO II DE LA RESPONSABILIDAD Y FUNCIONES DE LA ENFERMERA(O)

Artículo 9°.- De las Funciones de la Enfermera(o) Corresponde a la enfermera(o) el ejercicio de las siguientes funciones: b) Encomendar actividades de menor complejidad al personal técnico y auxiliar de enfermería, bajo su supervisión y responsabilidad.

La disciplina de Enfermería es un área de estudio integral sobre el cuidado a la persona sana o enferma propio de la licenciada en Enfermería, entiéndase a todas las funciones, actividades y tareas concernientes a Enfermería, por lo tanto cualquier decisión al respecto la tiene la propia enfermera, según las normas del CEP.; por tanto el personal Técnico de enfermería y Auxiliar de enfermería, asumen tareas, delegadas y supervisadas por la enfermera para satisfacer las necesidades fisiológicas del paciente, de ingesta de alimentos, higiene y confort, eliminación, movilización, control de material y equipos, atención de las llamadas de pacientes, asistencia a la enfermera o al médico en algún procedimiento, lavado de material, y otras tareas delegadas por la Licenciada en Enfermería.

Se entiende por actividades de menor complejidad a aquellas que no implican toma de decisiones e intervención autónoma de ninguna clase, por lo tanto todas las Licenciadas en Enfermería son responsables de hacer cumplir la norma.

Estableciéndose un estándar de 16 pacientes por Técnica o Auxiliar de Enfermería en los servicios de menor demanda y en los de mayor complejidad 12 pacientes por técnico o Auxiliar de Enfermería. El personal de Enfermería no debe movilizarse del servicio porque el paciente podría quedar desprotegido.

- **NECESIDADES DE PERSONAL DE APOYO PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS: CAMILLEROS**

Las **actividades de desplazamiento de pacientes** de menor grado de dependencia para su conducción a las diferentes dependencias de ayuda al diagnóstico y tratamiento, deben estar a cargo de Camilleros de preferencia varones, quienes se harán cargo a su vez de los **trámites documentarios** propios de los servicios, como interconsultas, trámites en recursos humanos, oficinas administrativas; traslado **de muestras** a laboratorio, anatomía patológica; traslado de material sucio y recojo de material limpio. **Recojo de material de almacén**, entre otros.

Los turnos de los camilleros serían un camillero para los turnos de mañanitas y uno para los turnos de tarde, por la noche sería un par de acuerdo al número de pacientes de cada Establecimiento de Salud, quienes se desplazarían por diferentes servicios según los requerimientos determinados por la enfermera supervisora.

- **Necesidades de Personal informático de apoyo**

De la misma manera se debe proceder con el manejo informático, cuya responsabilidad debe estar a cargo de personal **Técnico en Computación**, quien mantendrá las Historias clínicas en el orden correspondiente y comunicará cualquier tipo de observación o error a la jefe de Servicio para su corrección.

PERSONAL DE SUPLENCIA, UNA RESPONSABILIDAD LEGAL Y TÉCNICA INSTITUCIONAL

El personal de suplencia es aquel encargado de reemplazar al personal por Ausentismo previsto e imprevisto.

Muchas son las oportunidades de mejora de la calidad; sin embargo, no existe una dotación real y tampoco personal de suplencia, entonces, ¿cómo mejorar, si la mayoría de enfermeras necesita más tiempo del reglamentado para cumplir, no sólo las prioridades de sus pacientes, si no todas las funciones de su competencia.

Entonces las autoridades de turno tienen la responsabilidad ética y legal de dotar de personal de suplencia y no abandonar los servicios a la deriva. Por ejemplo un Hospital con 300 Enfermeras, debe tener 25 enfermeras de suplencia por cada mes para cubrir las vacaciones y si tiene 280 Técnicas o Auxiliare de Enfermería debe contar con 23 suplente en forma mensual, al margen del ausentismo imprevisto.

La brecha de personal de enfermería se genera por los derechos de los trabajadores, que los Establecimientos de Salud deben cumplir, el ausentismo previsto e imprevisto son los principales factores de la brecha, que podemos observar en el siguiente cuadro:

Entrega de servicio=1d x m. Libre por onomástico=1dxa	6 hs x mes y 1 día xaño
Vacaciones anuales	30 días
Ausencias por enfermedad (estándar)	20 días
Ausencias por permisos, licencias y otros (imprevistos)	15 días
TOTAL	77 Días

Estos 77 días tienen que ser cubiertos por otro personal, como una condición de trabajo irrenunciable ya sea con horas extraordinarias o con personal contratado para tal fin.

Las autoridades deben recordar, que si tenemos una (1) Enfermera serán 77 días que se deben cubrir, si son 10, serán 770 días y si son 100 Enfermeras serán 7,700 días por año que equivales a 51,3 enfermeras. Ninguna Enfermera debe estar obligada a laborar por dos Enfermeras, en salvaguarda de sus derechos como ser humano y profesional. No se debe exponer al personal de enfermería a una sobrecarga de trabajo que pone en riesgo su salud y hasta su vida y tampoco se puede exponer a los pacientes a graves riesgos derivados de estas situaciones de escasez de personal de enfermería, generadas por la falta de previsión de las autoridades para cubrir el ausentismo

Nº	CONCEPTO AUSENTISMO PREVISTO	TOTAL, DE ENFERMERAS	SUPLENCIA DE ENFERMERAS POR MES se divide el total de personal u horas, entre 12 meses	TOTAL ENFERMERAS DE SUPLENCIA AL AÑO	TOTAL, DE TÉCNICAS O AUXILIARES DE ENFERMERÍA	SUPLENCIA DE TÉCNICAS O AUXILIARES POR MES	TOTAL, DE TÉCNICAS O AUXILIARES AL AÑO
1	Vacaciones	300	$300:12=25$ enfermeras por mes	25	280	$23.33 = 24$	24
2	Enfermedad	$300*(20\%)$ 60	$60:12 = 05$ enfermeras por mes	05	$280*(20\%)$ 56	$4.6 = 5$	05
3	Licencias	$300*(15\%)$ 45	$3.75 = 4$	04	$280*(15\%)$ 42	$3.5 = 4$	04
4	Capacitación	$300*2:150=4$	$50hs*12$ $600:150 = 4$ Enfermeras por mes	04	$280*2 :150$	3.7 4 Téc. o Aux de Enfermería por mes	04
5	Investigación	$300*2$ hrs: 12	$50hs*12$ $600:150 = 4$ Enfermeras por mes	04	-	-	-
6	Actividades de Soporte		428.8	03	$2.7*12$	-	-
7	Destaques	02 x 1 año	02 enfermeras por mes	02	03 x año	03 Téc. o Aux de Enfermería por año	03
	TOTAL	506	44	47	393	47	40

3.3 CATEGORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN RELACIÓN AL GRADO DE DEPENDENCIA Y AL ÍNDICE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN 24 HORAS.

Categorización.- Proceso que conduce a clasificar los diferentes establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales, que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende.

Estándar de Categorización de Establecimientos de Salud en relación al grado de Dependencia y al índice de Atención de Enfermería en 24 horas.

Nº	CATEGORIZACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVELES DE ATENCIÓN	GRADO E DEPENDENCIA	ÍNDICE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN 24 HORAS
1	I Nivel de Atención	I, II, III	3, 4, y 5
2	II Nivel de Atención	I, II, III, IV	3, 4, 5 y 6
3	III Nivel de Atención	II, III, IV, V, VI	4, 5, 6, 12 y 24

Análisis de este estándar: No se cumple debido a las normas diversas surgidas que no se ajustan a la realidad de los servicios de Enfermería.

4. INDICADORES DE DOTACIÓN DE PERSONAL POR JORNADA LABORAL

Las actividades del personal de enfermería tiende a ser mayores en el turno de la mañana debido a la entrega del servicio, satisfacción de necesidades de higiene y confort, así como el cúmulo de diversas actividades tipificadas en la cartera de servicios de enfermería como: evaluaciones de usuarios en sala de examen o de procedimientos, procedimientos de enfermería, gestión de interconsultas, gestión de exámenes de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, trámites para la dotación de medicamentos, ropa, material e insumos para las 24 horas, preparación de pacientes para intervenciones quirúrgicas, alto número de pacientes de alta e ingresos y otros de la cartera de servicios de enfermería.

Por ese motivo se dota de mayor número de personal en las mañanas, seguidos por los turnos de tarde en los que se realizan coordinaciones y procedimientos de ayuda al diagnóstico e ingresos complementando el turno de la mañana, de ahí la necesidad de contar con una Enfermera Sub Jefe en turnos de tarde y luego los de la noche, en los que el paciente de preferencia debe descansar y tener un sueño conciliador para recuperar energías; aunque sabemos que pueden ocurrir diversos tipos de eventos en cualquiera de los turnos mencionados, por la calidad de pacientes.

Nº	TURNO	Indicadores por jornada laboral %
1	Mañana	40
2	Tarde	35
3	Noche	25
	TOTAL	100

5. DEMANDA.

La demanda de servicios de salud puede definirse como la población que, de acuerdo con una necesidad de atención y cuidado, revela un consumo de servicios de salud, en este caso de servicios de enfermería. La demanda actual y futura de los pacientes, representa un problema permanente en la asignación de personal de enfermería por la necesidad de anticipar con suficiente precisión, se basa en cálculo de probabilidades, ya que los ingresos y estadías de los pacientes, se encuentran dominados en gran parte por fenómenos causales; de igual forma los grados de dependencia son impredecibles, debido a la gran variabilidad en el estado de salud de los pacientes.⁶

6 Secretaría de salud de Bogotá. Alcaldía de Bogotá Colombia. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Paginas/Oferta-y-demanda-servicios-salud.aspx>

Esta demanda puede variar dependiendo de diversos factores, como la gravedad de la enfermedad, la cultura del paciente, sus creencias personales, sus experiencias previas con el sistema de salud, su estado de salud, su nivel de desadaptación a la crisis vivencial que experimenta, la lejanía de su familia y entorno entre otros.

Algunos aspectos que suelen ser importantes para los pacientes en cuanto a la atención y cuidado de enfermería incluyen:

- 1. Calidad de la atención: Los pacientes esperan recibir cuidados de alta calidad que satisfagan sus necesidades físicas, emocionales y psicológicas, sociales y espirituales.
- 2. Comunicación efectiva: Los pacientes valoran la comunicación clara y empática por parte de los profesionales de enfermería, que les permita entender su situación de salud por la que atraviesan, el plan de cuidados y otra información relevante.

- 
- 3. Trato respetuoso y digno: Los pacientes esperan ser tratados con respeto y dignidad en todo momento durante su atención, independientemente de su condición de salud o situación personal.
 - 4. Seguridad: Los pacientes desean sentirse seguros durante su atención, tanto en términos de calidad en los procedimientos asistenciales, como en la prevención de riesgos, de infecciones nosocomiales, la administración de medicamentos y u otros, eventos adversos.
 - 5. Participación en la toma de decisiones: Los pacientes cada vez más desean participar activamente en las decisiones relacionadas con su atención y cuidados, y esperan que los profesionales de enfermería les brinden información y apoyo para tomar decisiones informadas sobre su cuidado.
 - 6. Continuidad del cuidado: Los pacientes valoran la coordinación efectiva entre los diferentes profesionales de salud involucrados en su atención, así como la continuidad del cuidado a lo largo del tiempo y en diferentes entornos de atención hospitalaria o atención primaria.

Es importante que los profesionales de enfermería estén atentos a las necesidades y expectativas de los pacientes, y que trabajen en colaboración con ellos y sus familias o cuidadores para proporcionar una atención centrada en el paciente y de alta calidad. Esto contribuye a mejorar la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento y los resultados de salud en general.

La demanda de servicios de salud en la comunidad está relacionada a las necesidades de conocimientos para la promoción de la salud, el autocuidado, la prevención de riesgos y enfermedades y a las necesidades relacionadas al control, seguimiento, recuperación y rehabilitación de la salud.

La gestión y organización de la actividad ha estado muy presente en múltiples debates dentro de las organizaciones. La gestión de la demanda, de la frecuencia de atención y cuidado, de la alta presión asistencial, la gestión de las consultas, de los circuitos de coordinación asistenciales y de las agendas de múltiples actividades, han sido protagonistas de encuentros y desencuentros. Y la resolución de estos temas son tarea ni función exclusiva de las autoridades de Enfermería y de la Dirección o Gerencia de los Establecimientos de Salud. El interés de resolver estos aspectos está muy vinculado con el evidente impacto de la atención primaria, secundaria y terciaria en los objetivos del sistema de salud 5.

[5] D.E. Kringos, W. Boerma, A. Hutchison, R.B. Saltman. *Building primary care in a changing Europe*. WHO, (2015), (Universidad Internacional de Valencia, 2017).

Los elementos básicos dentro de la demanda de servicios de salud, están relacionados con:

- **El nivel del establecimiento de salud**, que determinan la complejidad de los mismos, desde la infraestructura, el equipamiento y en especial el potencial humano indispensable para su funcionamiento.
- **El Grado de Dependencia (GD)** es otro elemento fundamental a considerar porque identifica las necesidades del servicio de salud de enfermería para satisfacer las necesidades prioritarias de cuidado integral del usuario y su familia.
- **El Índice de Atención de Enfermería (IAE) en 24 horas**, que responde a estudios de tiempos y movimientos realizados por el CEP, al cual se le tiene que incrementar el tiempo necesario para que el personal de enfermería pueda responder a las demandas del usuario y de la propia institución, cumpliendo con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

- **El Índice de Atención de Enfermería (IAE) en 24 horas**, que responde a estudios de tiempos y movimientos realizados por el CEP, al cual se le tiene que incrementar el tiempo necesario para que el personal de enfermería pueda responder a las demandas del usuario y de la propia institución, cumpliendo con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
- **El proceso de atención de enfermería (PAE)** se define como la aplicación del método científico en la asistencia, que permite a los profesionales dedicados a la enfermería prestar al paciente los cuidados que necesita de forma estructurada, lógica y siguiendo un orden sistematizado.
- **El Tiempo de las Actividades Asistenciales (TAA)**
- **El Tiempo de Actividades de Soporte (TAS)**
- **Tiempo de Actividades Individuales de Gestión (TAIG)**

4. ASPECTOS PREVIOS SOBRE EL TRABAJO DE LA ENFERMERA (O) QUE EXIGEN ANÁLISIS (1)

“Las enfermeras (os) se desempeñan tanto en áreas intrahospitalarias como extra hospitalarias o comunitarias y, dentro de ellas, en los ámbitos: asistencial, administrativo - gestión, capacitación y docencia al usuario interno, educación sanitaria al usuario e investigación intra e interdisciplinaria. El cuidado de la persona con necesidades es una prioridad, y es una exigencia involucrarse no sólo con el paciente, si no con la familia y comunidad, asociando tiempo, energía y sentimientos. Es catalogada como la **cuarta profesión más estresante en el mundo** asociada, también, al bajo reconocimiento social.”

Murofuse N, Abranches S, Napoleao A. Reflections on stress and burnout and their relationship with nursing. Rev Lat Am Enfermagem. 2005; 13(2): 255-61.

La enfermera (o) está en **constante presión de trabajo**, enfrentada al dolor, sufrimiento, desesperanza, muerte, desconsuelo, impotencia y angustia; aunado a los escasos de profesionales que puedan abarcar a cabalidad los requerimientos de la población y de las instituciones empleadoras, exigen la prolongación de su jornada laboral, sin considerar las compensaciones económicas que por justicia deben ofrecerse. Estas situaciones de exigencias provocan sufrimiento y daño, debido al cansancio físico y emocional que traen sus labores y el desequilibrio de las interrelaciones con colegas, la organización, los pacientes y la carga de trabajo, lo cual muchas veces **provoca deterioro en la calidad** del cuidado.

Van Bogaert P. Commentary on Kowalski C, Ommen O, Driller E, Ernstmann N, Wirtz M, Kohler T, et al. (2010). Burnout in nurses-the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. J Clin Nurs 19, 1654-1663. J Clin Nurs. 2011; 20(5-6): 913-4.

“La Enfermera (o) realiza su labor en un ambiente donde son preponderantes los riesgos biológicos, el contacto con fluidos corporales como la sangre, secreciones orgánicas, como pus, vómito, flemas, orina, heces y los provenientes de cavidades estériles como el líquido céfalo raquídeo, los accidentes corto-punzantes con material contaminado, el contacto con portadores de enfermedades infectocontagiosas y la falta de elementos de protección personal son realidades que los afectan diariamente”.

Barcellos R, Cruz M, Almeida L. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. Cienc enferm. 2010; XVI(2): 69-81.

“Los turnos rotativos, repercuten indudablemente en su vida, ya que no coinciden en las actividades familiares, escolares y sociales, resintiéndose la vida familiar y las redes de apoyo social; por otro lado, el riesgo de accidentes de trayecto se incrementa con la somnolencia y el cansancio”.

Scott L, Hwang W, Rogers A, Nysse T, Dean G, Dinges D. The relationship between nurse work schedules, sleep duration, and drowsy driving. Sleep 2007; 30(12): 1801-7.



“El género, como fenómeno social, ha marcado la evolución de la enfermería profesional bajo el alero del patriarcado, el machismo y el poder de parte del hombre hacia la mujer, existiendo desigualdad de salario, el cúmulo de responsabilidades, la sobrecarga en el trabajo, además del excesivo trabajo en el hogar.”

Bonino L. *Micromachismos, el poder masculino en la pareja "moderna". En: Espada Ch, editor. Voces de Hombres por la Igualdad. España: Armería; 2008. p. 89-109.*

Es importante el concepto de continuidad, sobre todo, en las urgencias, emergencias, servicios de hospitalización y en las intervenciones quirúrgicas prolongadas y complejas, que se presentan con los pacientes en los diferentes servicios de los establecimientos de salud. Los procesos que afectan a las personas que los padecen producen cambios continuos, a los que la enfermera debe estar atenta y actuar en consecuencia de inmediato.

La **seguridad del paciente** se define como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de **minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.**

La seguridad de los pacientes constituye un proceso complejo de implicancias subjetivas, individuales y colectivas, ético-políticas, científicas, prácticas y organizacionales, que interviene de manera multidimensional e interdependiente en la atención de la salud en cuanto está vinculada con la promoción y protección de la vida, los derechos fundamentales de las personas, la provisión de ambientes y prácticas de salud libres de amenazas y riesgos, y la mitigación de los daños producidos por el proceso de atención.

En razón a lo expuesto la dotación de personal de enfermería y las condiciones de trabajo garantizan la atención y cuidado de calidad de los usuarios en todos los niveles de atención, en cuanto tengan las condiciones de trabajo óptimas y el número de personal requerido para satisfacer las necesidades de los usuarios internos y externos.

5.1 PROCEDIMIENTO PARA LA DOTACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

1. Datos Generales del Establecimiento de Salud.

Cada Jefa de Servicio de Enfermería

	A	B	C
1	Nº	CUADRO Nº 1 DATOS GENERALES DEL EESS	
2	1	Prestador de Servicios de Salud al que pertenece	MINSA () ESSALUD () FFAA: FAP () MILITAR () NAVAL () PNP () POLIC MUNICIPAL () CLINICA () OTRO ()
3	2	Nombre del Establecimiento de Salud y nivel de atención	
4	3	Dirección o Departamento de Enfermería	Responsable:
5	4	Servicio o Unidad	Responsable:
6	5	Región	
7	6	Provincia	
8	7	Distrito	
9	8	Dirección	



2. Dotación actual del Personal de Enfermería. Personal asignado al servicio.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	CUADRO 2. PERSONAL DE ENFERMERÍA ASIGNADO POR SERVICIOS								
2	Nº	SERVICIOS	PERSONAL ASIGNADO	RÉGIMEN LABORAL			OTRO	TOTAL	
3			ENF	TEC. O AUX	276	728	CAS	LOCADOR	
4	1	Medicina							
5	2	Cirugía							
6	3	Pediatría							
7	4	Etc.							

3. Relación actual del Personal de Enfermería.

CUADRO 3. RELACION ACTUAL DE PERSONAL DE ENFERMERÍA									
INSTITUCIÓN:									
CENTRO ASISTENCIAL:									
DIRECCIÓN O DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA:									
SERVICIO:									
GRUPO OCUPACIONAL: ENFERMERA									
ESPECIALIDAD:									
FECHA:									
Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	MODALIDAD DE CONTRATO					CARGO		
		276	728	CAS Regular	Locación de servicios	Tercero - Servicios No personales	ENFERMERA JEFE	ENFERMERA SUB JEFE	ENFERMERA ESPECIALISTA
1									
2									
3									
4									
5									
6									

RELACION ACTUAL DE TÉCNICO O AUXILIAR DE ENFERMERÍA									
Institución									
Centro Asistencial:									
Departamento: ENFERMERÍA									
Servicio									
Grupo Ocupacional: TÉCNICO O AUXILIAR DE ENFERMERÍA									
Servicio CENTRO QUIRURGICO									
Fecha de evaluación									
Nº	APELLIDO Y NOMBRE	MODALIDAD DE CONTRATO				OTRO	CARGO		
		276	728	CAS Regular	Locación de servicios	Tercero - Servicios No personales	(Técnico o Auxiliar de Enfermería)		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Técnicos y Auxiliares de Enfermería

4. Programación de horarios todos los servicios

CUADRO 6 EJEMPLO DE PROGRAMACIÓN DE HORARIOS DE 12 HORAS DE 3 ENFERMERAS							
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	TOTAL HORAS POR SEMANA Y POR MES
12 D	12 N	D	LR	L	12D	12N	48
12 D	12 N	D	LR	L	12D	12N	48
12 D	12 N	D	LR	L	12D	12N	48
D	D	L	12D	12N	D	D	24
D	D	L	12D	12N	D	D	24
D	D	L	12D	12N	D	D	24
L	12D	12N	D	D	L	12D	36
L	12D	12N	D	D	L	12D	36
L	12D	12N	D	D	L	12D	36
12N	D	D	L	12D	12N	D	36
12N	D	D	L	12D	12N	D	36
12N	D	D	L	12D	12N	D	36
12N	D	D	L	12D	12N	D	36
D	L	12D	12N	D	LR	L	24
D	L	12D	12N	D	LR	L	24
D	L	12D	12N	D	LR	L	24
12 D	12 N	D	D	L	12D	12N	48
12 D	12 N	D	D	L	12D	12N	48
12 D	12 N	D	D	L	12D	12N	48
D	D	L	12D	12N	D	D	24
D	D	L	12D	12N	D	D	24
D	D	L	12D	12N	D	D	24

144 1 MES



5. Ausentismo Previsto e Imprevisto y tiempo laborable disponible

TIEMPO LABORABLE DISPONIBLE (TLD) POR ENFERMERA				
HORAS DE TRABAJO LABORABLES POR AÑO	150 horas	100.0%	1800	
AUSENTISMO PREVISTO	TIEMPO	PORCENTAJE	HORAS AL AÑO	
Reportes x Ley del Trabajo de la Enfermera	1 día al mes.12 al año	4.0%	72	
Onomástico	1 día al año	0.3%	6	
Vacaciones anual	30 días al año	8.3%	150	
Total	total=43 días	12.7%	228	HORAS DE AUSENTISMO
			1572	
AUSENTISMO IMPREVISTO	TIEMPO	PORCENTAJE	HORAS AL AÑO	
Ausencias por enfermedad	20 días	6.7%	120	ESTANDAR
Ausencias por permisos, licencias y otros (impre)	15 días	5.0%	90	ESTANDAR
	35 días	11.7%	210	HORAS DE AUSENTISMO
TOTAL TIEMPO DISPONIBLE POR ENFERMERA			1362	HORAS DISPONIBLES

6.Tiempo de actividades de Soporte

TIEMPO DE ACTIVIDADES DE SOPORTE (TAS) en 11 meses al año			
ACTIVIDADES DE SOPORTE	TIEMPO	HORAS AL AÑO	PORCENTAJE
Informes, Registros, Indicadores, Educación	45' al día = 15,25 h x mes	22.5	1.3%
Supervisión e indicaciones al personal Técnico y Auxiliar de Enfermería	12' al día = 6,1 h x mes	73.2	4.1%
Control de material, ropa, equipos, medicamentos e instrumental	10' al día = 5,08 h x mes	60.96	3.4%
Ronda de Enfermería cada 6 horas	20' al día = 10.16 h x mes	121.92	6.8%
Coordinación con dependencias de Ayuda al Dx. y Tto., otros servicios. Solucion de situaciones diversas y contingencias	1 hora a la semana	52	2.9%
TOTAL HORAS		27.5	330.58
TOTAL TIEMPO DE ACTIVIDADES DE SOPORTE TAS			18.4%
POR 8 PACIENTES EN 24 HORAS	28 MINUTOS		
identificar a pacientes, colocar pulsera, anotar nombre y Dx en el ambiente del paciente			
Registrar el ingreso de paciente			
Registrar el alta de paciente: Historia, Kardex y Censo			

7. Dotación de Enfermeras por Unidad Productora de Salud: HOSPITALIZACIÓN PARA ACTIVIDADES ASISTENCIALES

En Hospitalización o Internamiento la infraestructura y equipamiento juega el papel fundamental para hallar la dotación de enfermería, ya que esta determina cuantos pacientes pueden hospitalizarse. El número de camas determina el número de pacientes que pueden hospitalizarse y nunca deben exceder en número estos criterios establecen la dotación de enfermeras/os requeridos para la UPSS Hospitalización.

Valores variables

Se consideran las variables que influyen en el cálculo de dotación de personal, las siguientes: En hospitalización la infraestructura y el número de camas, el grado de utilización, juegan un papel fundamental para hallar la dotación de personal enfermería, ya que está determinada por la disposición de los ambientes de trabajo, el número de camas correspondiente con el número de paciente hospitalizados, el cual nunca debe excederse.



- **Número de camas:** Es importante determinar la cantidad de camas que hay en los servicios de hospitalización y su grado de utilización.
- **Grado de utilización de camas:** este indicador es el que determina la demanda del establecimiento, considerando la cantidad real de pacientes que van a hospitalizarse.
- Para ello se utiliza la siguiente formula:

$$\text{Grado de utilización} = \frac{\text{camas utilizadas}}{\text{camas existentes}} \times 100\%$$

Se debe considerar que el grado de utilización de cama es variable, en razón a la ubicación del EESS que puede variar las regiones donde exista mayor o menor concentración de la demanda.

- **Número de pacientes y Grado de Dependencia:** Asignar según la valoración de necesidades de salud aplicando el SOAPIE que viene a ser el Proceso de Atención de Enfermería simplificado para dar cumplimiento a la Ley del Trabajo de la Enfermera, el grado de dependencia correspondiente: I, II, III, utilizados para los servicios de hospitalización.
- **Los grados de dependencia de los pacientes hospitalizados** se refieren a la medida en que una persona requiere asistencia y cuidados para realizar actividades básicas de la vida diaria durante su estancia en un hospital. Estos niveles se clasifican en seis categorías, que van desde la independencia hasta la dependencia completa. A continuación, se describen cada nivel:
- **Índice de Atención de Enfermería en 24 horas.**

DOTACIÓN DE ENFERMERÍA POR UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS: HOSPITALIZACIÓN PARA ACTIVIDADES ASISTENCIALES													
GRADO DE DEPENDENCIA / ÍNDICE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESTANDAR DE NÚMERO DE PACIENTES POR ENFERMERA	GRADO DE USO DE CAMAS	ÍNDICE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN 24 HORAS	HORAS DE PERSONAL QUE SE REQUIERE UNA JORNADA LABORAL	TAS TIEMPO DE ACTIVIDADES DE SOPORTE - TAS EN UNA JORNADA LABORAL	SOAPIE	TOTAL HORAS POR JORNADA LABORAL DE 24 HRS.	HORAS DE ENFERMERAS QUE SE REQUIEREN EN UN MES DE 23 DIAS disponibles	HORAS DE ENFERMERAS QUE SE REQUIEREN EN UN AÑO	ENFERMERAS A CONTRATAR 113.5 HORAS DISPONIBLES POR MES	BRECHA ENFERMERAS		
I - 3	8	100%	3	24	0.5	2	26.5	608.7	7304.8	5.4	1.3		
II - 4	6	100%	4	24	0.4	1.5	25.9	594.6	7134.6	5.2	1.3		
III - 5	4.8	100%	5	24	0.3	1.2	25.5	586.0	7032.48	5.2	1.3		
	18.8			72			77.8	1789.3	21471.88	15.8	3.8		
Variable que se debe colocar de acuerdo a cada institución													
Valores estandarizados con bases legales y juicio de expertos													
Resultado final de personal de enfermería a contratar													
Ausentismo previsto e imprevisto es de 36.5 horas por persona al mes													
TAS POR PACIENTE 3.5 minutos													
Se requieren 18 enfermeras para cubrir la necesidad de un servicio de 21 camas													
Se requieren 07 enfermeras para cubrir el ausentismo previsto													
El SOAPIE 15 minutos													

8. Dotación de Enfermeras por Unidad Productora de Salud: Hospitalización para Unidades Críticas.

DOTACIÓN DE ENFERMERÍA POR UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS: UCI													
GRADO DE DEPENDENCIA / ÍNDICE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESTANDAR DE NÚMERO DE PACIENTES POR ENFERMERA	GRADO DE USO DE CAMAS	ÍNDICE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN 24 HORAS	HORAS DE PERSONAL QUE SE REQUIERE UNA JORNADA LABORAL	TAS TIEMPO DE ACTIVIDADES DE SOPORTE - TAS EN UNA JORNADA LABORAL	SOAPIE	TOTAL HORAS POR JORNADA LABORAL DE 24 HRS.	HORAS DE ENFERMERAS QUE SE REQUIEREN EN UN MES DE 23 DIAS disponibles	HORAS DE ENFERMERAS QUE SE REQUIEREN EN UN AÑO	150 HORAS por enfermera POR MES	ENFERMERAS A CONTRATAR 113.5 HORAS DISPONIBLES POR MES	BRECHA ENFERMERAS	
UCIN / NEO/PEO/RE CU	4	100%	6	24	0.2	1	25.2	580.4	6964.4	3.9	5.1	1.2	
UCI/SHOCK TRAUMA	2	100%	12	24	0.1	0.5	24.6	566.2	6794.2	3.8	5.0	1.2	
UCI E	1	100%	24	24	0.1	0.25	24.3	559.1	6709.1	3.7	4.9	1.2	
	7			72			74.2	1705.6	20467.7	11.4	15.0	3.7	
Variable que se debe colocar de acuerdo a cada institución													
Valores estandarizados con bases legales y juicio de expertos													
Resultado final de personal de enfermería a contratar													
Ausentismo previsto e imprevisto es de 36.5 horas por persona al mes													
TAS POR PACIENTE 3.5 minutos													
Se requieren 18 enfermeras para cubrir la necesidad de un servicio de 21 camas													
Se requieren 07 enfermeras para cubrir el ausentismo previsto													
El SOAPIE 15 minutos													



9. Dotación de Enfermeras por Unidad Productora de Salud: Centro Quirúrgico

	A	B	C	D	E	G	H	I	J	K	L	M	N
1	DOTACIÓN DE ENFERMERÍA POR UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS: CENTRO QUIRÚRGICO												
2	GRADO DE DEPENDENCIA / ÍNDICE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESTÁNDAR DE NÚMERO DE SALAS o camas	GRADO DE USO DE CAMAS	ÍNDICE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN 24 HORAS	HORAS DE PERSONAL QUE SE REQUIERE UNA JORNADA LABORAL	TAS TIEMPO DE ACTIVIDADES DE SOPORTE - TAS EN UNA JORNADA LABORAL	SOAPIE	TOTAL HORAS POR JORNADA LABORAL DE 24 HRS.	HORAS DE ENFERMERAS QUE SE REQUIEREN EN UN MES DE 23 DÍAS disponibles	HORAS DE ENFERMERAS QUE SE REQUIEREN EN UN AÑO	150 HORAS por enfermera por MES	ENFERMERAS A CONTRATAR 113.5 HORAS DISPONIBLES POR MES	BRECHA ENFERMERAS
3	CQ	2	100%	0	24	0.1	0.5	24.6	566.2	6794.2	3.8	5.0	1.2
4		2			24			24.6	566.2	6794.2	3.8	5.0	1.2
5													
6													
7	Variable que se debe colocar de acuerdo a cada institución												
8	Valores estandarizados con bases legales y juicio de expertos												
9	Resultado final de personal de enfermería a contratar												
10	Ausentismo previsto e imprevisto es de 36.5 horas por persona al mes							36.5					
11	TAS POR PACIENTE							3.5 minutos					
12	La enfermera realiza actividades administrativas el SIGHOS, (sistema estadístico).												
13	Se requieren 07 enfermeras para cubrir el ausentismo previsto												
14	El SOAPIE							15 minutos					

10. Dotación de Enfermeras por Unidad Productora de Salud: Servicio de Emergencia

	A	B	C	D	E	G	H	I	J	K	L	M	N
1	DOTACIÓN DE ENFERMERÍA POR UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS: EMERGENCIA												
2	GRADO DE DEPENDENCIA / ÍNDICE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESTÁNDAR DE NÚMERO DE SALAS o camas	GRADO DE USO DE CAMAS	ÍNDICE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN 24 HORAS	HORAS DE PERSONAL QUE SE REQUIERE UNA JORNADA LABORAL	TAS TIEMPO DE ACTIVIDADES DE SOPORTE - TAS EN UNA JORNADA LABORAL	SOAPIE	TOTAL HORAS POR JORNADA LABORAL DE 24 HRS.	HORAS DE ENFERMERAS QUE SE REQUIEREN EN UN MES DE 23 DÍAS disponibles	HORAS DE ENFERMERAS QUE SE REQUIEREN EN UN AÑO	150 HORAS por enfermera por MES	ENFERMERAS A CONTRATAR 113.5 HORAS DISPONIBLES POR MES	BRECHA ENFERMERAS
3	SALA DE OBSERVACIÓN CIRUGIA /MEDICINA/ESPECIALIDADES	6	100%	4	24	0.4	0	24.4	560.1	6720.6	3.7	4.9	1.2
4	TOPICO Y URGENCIAS/INYECCIONES/PROCEDIMIENTOS	24	100%	1	24	1.4	6	31.4	722.2	8666.4	4.8	6.4	1.5
5	TRIAGE	72	100%	0.34	24	4.2	18	46.7	1073.6	12883.68	7.2	9.5	2.3
6		72			24.48			46.7	1073.6	12883.68	7.2	9.5	2.3
7													
8													
9	Variable que se debe colocar de acuerdo a cada institución												
10	Valores estandarizados con bases legales y juicio de expertos												
11	Resultado final de personal de enfermería a contratar												
12	Ausentismo previsto e imprevisto es de 36.5 horas por persona al mes							36.5					
13	TAS POR PACIENTE							3.5 minutos					
14	La enfermera realiza actividades administrativas el SIGHOS, (sistema estadístico).												
15	Se requieren 07 enfermeras para cubrir el ausentismo previsto												
16	El SOAPIE							15 minutos					

11. Dotación de Enfermeras por Unidad Productora de Salud: Servicio de Neonatología

	A	B	C	D	E	G	H	I	J	K	L	M	N
1	DOTACIÓN DE ENFERMERÍA POR UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS: NEONATOLOGIA												
2	GRADO DE DEPENDENCIA / ÍNDICE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESTÁNDAR DE NÚMERO DE SALAS o camas	GRADO DE USO DE CAMAS	ÍNDICE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN 24 HORAS	HORAS DE PERSONAL QUE SE REQUIERE UNA JORNADA LABORAL	TAS TIEMPO DE ACTIVIDADES DE SOPORTE - TAS EN UNA JORNADA LABORAL	SOAPIE	TOTAL HORAS POR JORNADA LABORAL DE 24 HRS.	HORAS DE ENFERMERAS QUE SE REQUIEREN EN UN MES DE 23 DÍAS disponibles	HORAS DE ENFERMERAS QUE SE REQUIEREN EN UN AÑO	150 HORAS por enfermera por MES	ENFERMERAS A CONTRATAR 113.5 HORAS DISPONIBLES POR MES	BRECHA ENFERMERAS
3	NEO	8	100%	3	24	0.5	0	24.5	562.7	6752.8	3.8	5.0	1.2
4	CUIDADOS INMEDIATOS	6	100%	4	24	0.4	1.5	25.9	594.6	7134.8	4.0	5.2	1.3
5	MEDIATOS	4	100%	6	24	0.2	0	24.2	557.4	6688.4	3.7	4.9	1.2
6	ALOJAMIENTO CONJUNTO	6	100%	4	24	0.4	0	24.4	560.1	6720.6	3.7	4.9	1.2
7	UCIN	8	100%	3	24	0.5	0	24.5	562.7	6752.8	3.8	5.0	1.2
8	UCI	12	100%	2	24	0.7	3	27.7	637.1	7645.2	4.2	5.6	1.4
9		12			24			27.7	637.1	7645.2	4.2	5.6	1.4
10													
11													
12	Variable que se debe colocar de acuerdo a cada institución												
13	Valores estandarizados con bases legales y juicio de expertos												
14	Resultado final de personal de enfermería a contratar												
15	Ausentismo previsto e imprevisto es de 36.5 horas por persona al mes							36.5					
16	TAS POR PACIENTE							3.5 minutos					
17	La enfermera realiza actividades administrativas el SIGHOS, (sistema estadístico).												
18	Se requieren 07 enfermeras para cubrir el ausentismo previsto												
19	El SOAPIE							15 minutos					

Fórmulas

La dotación de enfermería se realizará por cada grado de dependencia (GD). Se sumará los resultados de cada procedimiento para hallar el total de personal de enfermería que se requiere para cubrir el número de camas de la UPSS de hospitalización. Los resultados se redondean, debido a que el recurso humano siempre debe ser un valor entero.

La tabla de fórmulas requeridas para estimar la dotación de enfermería en la UPSS Hospitalización contiene la siguiente estructura que fundamenta matemáticamente el aplicativo Excel:

- **Descripción:** es la explicación de cada fórmula requerida para la estimar la dotación de enfermería.

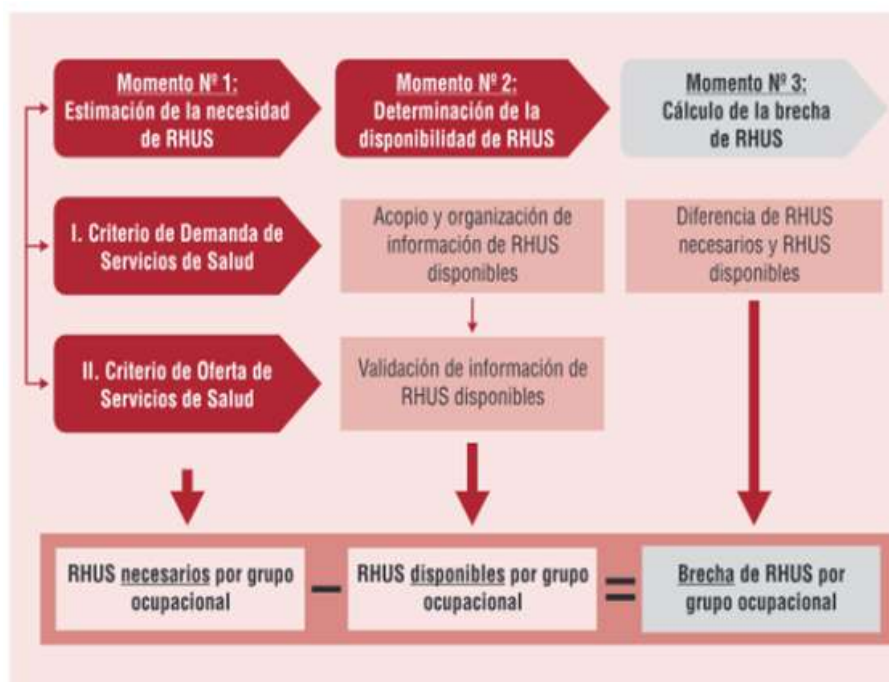
la UPSS Hospitalización:

FÓRMULAS DOTACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA

Nº	DESCRIPCIÓN	FÓRMULAS
1	Hallar el tiempo requerido en minuto, de las actividades asistenciales de todo el personal. El Índice de atención depende del Grado de dependencia	$(N^{\circ} \text{ de camas}) * (\% \text{ de uso}) * (IAE/GD) = \text{Horas de personal}$ que se requiere una jornada laboral de 24 horas
2	Hallar el tiempo total requerido en una jornada laboral de 24 horas, considerando, además de Horas de personal que se requiere una jornada laboral de 24 horas la carga de trabajo: TAS, el SOAPIE	Horas de personal que se requiere una jornada laboral de 24 horas + TAS + SOAPIE = Total de horas por jornada laboral de 24 hrs.
3	Hallar el tiempo total requerido en una jornada laboral de 1 MES	Horas de la jornada laboral diaria * 30.5 que es el estándar de días en un mes
4	Hallar el tiempo total requerido en una jornada laboral de 1 año	tiempo total requerido en una jornada laboral de 1 MES * 12 meses del año
5	Enfermeras a contratar considerando 150 horas de jornada mensual.	Horas de Enfermeras que se requieren en un mes / 150 horas
6	Enfermeras a contratar considerando 113.5 horas disponibles en un mes por Enfermera	Horas de Enfermeras que se requieren en un mes / 113.5 horas disponibles en un mes por Enfermera =
7	Brecha de Enfermeras	Horas de Enfermeras que se requieren en un mes con 150 horas de jornada mensual -- Horas de Enfermeras que se requieren en un mes con 113.5 horas disponibles =

RESOLUCION MINISTERIAL N°437-2014-MINSA -10/06/2014

Guía técnica para la metodología de estimación de las brechas de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención.



Resolución N° 245-GG-EsSalud-2010

Guía técnica para la metodología de estimación de las brechas de recursos humanos en ESSALUD

VI DISPOSICIONES GENERALES

1. La presente disposición se aplica para formular el requerimiento de recursos humanos de los diferentes grupos ocupacionales asistenciales.
2. El requerimiento se realiza por "Unidad de Requerimiento". El expediente puede incluir varias "Unidades de Requerimiento".
3. El requerimiento se realiza según el método de "Estimación de Brechas", el mismo que se basa en la diferencia entre las "horas disponibles" de recursos humanos con la que actualmente cuenta el centro menos las "horas requeridas" de personal para ejecutar una o más prestaciones proyectadas (Ver sección VII.3).
4. El requerimiento de recursos humanos de un Centro Asistencial, Instituto Especializado, Oferta Flexible u otras unidades de servicio asistencial, debe ser coherente con la infraestructura física, equipamiento, nivel de complejidad de atención, planes y programas locales y en contexto de Red Asistencial, así como, con las disposiciones institucionales y el Plan Director aprobado si lo hubiere.
5. En el caso de oferta nueva derivada de un proyecto de inversión, la formulación del requerimiento debe tomar como base dicho proyecto debiendo ser adecuado a la situación actual.

Brecha En Horas = Horas Disponibles – Horas Requeridas

ESTUDIO DE OFERTA Y DEMANDA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ENFERMERIA Nº 22 - Area Ambulatoria
ENERO 2020

ENFERMERA				CAP	CAS	OTRA MODALIDAD	Total Hrs.	Horas Demanda	Horas Brecha
Nº Profesional				60	5		8,938	9,825	-888
Nº Horas				8,250	688	0			
(03 SUPLENCIAS)									
TECNICO DE ENFERMERIA				CAP	CAS	OTRA MODALIDAD	Total Hrs.	Horas Demanda	Horas Brecha
Nº Téc. Enfermería				19	13		4,400	7,200	-2,800
Nº Horas				2,613	1788	0			

Jefe de servicio Asistencial HNGAI: Mg. Cecilia Ormeño Bonifaz

TIPO DE ACTIVIDAD	PRESTACIONES DE SALUD	REQUERIMIENTO HORA POR ACTIVIDAD	Nº DE CAMAS Y SIMILARES (b)	HORAS REQUERIDAS ENFERMERIA
3. ATENCION DE ENFERMERIA AMBULATORIA				
3.1 ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y AL ADOLESCENTE				
INMUNIZACIONES /CRED Atencion de Enfermería en Sala Proced.	1419	1 Enf x sala procedimientos	4	600
3.2 ATENCION DE ENFERMERIA EN DAÑOS NO TRANSMISIBLES Y TRANSMISIBLES				
OFTALMOLOGIA Atencion de Enfermería en Sala de Procedimientos	726	1 Enf x sala procedimientos	1	150
SALUD OCUPACIONAL Atencion de Enfermería en Sala de Proced.	256	1 Enf x sala procedimientos	1	150
PROGRAMA TBC Atencion de Enfermería en Sala de Procedim.	1026	1 Enf x sala procedimientos	2M/1T	450
PROGRAMA VIH/SIDA Atencion de Enfermería en Sala de Proced.	469	1 Enf x sala	1	150
3.4 ATENCION DE ENFERMERIA EN TOPOCO DE CONSULTA EXTERNA				
GINECOLOGIA Atencion de Enfermería en Sala de Procedimientos	590	1 Enf x sala procedimientos	1M	150
NEUMOLOGIA Atencion de Enfermería en Sala de Procedimientos	594	1 Enf x sala procedimientos	1	150
TOPOCO DE INYECTABLES .	1948	1 Enf x sala procedimientos	1M/1T	300
CIRUGIA PLASTICA Atencion de Enfermería en Sala de Proced.	400	1 Enf x sala procedimientos	1	150
PATOLOGIA MAMARIA Atencion de Enfermería en Sala de Proced.	565	1 Enf x sala procedimientos	1	150
HEMATOLOGIA Atencion de Enfermería en Sala de Proced. y tratamiento ambulatorio y hospitalizado	427	1 Enf x sala procedimientos	2	300
REUMATOLOGIA Atencion de Enfermería en Sala de Proced.	735	1 Enf x sala procedimientos	1	150
ORTOPEDIA Atencion de Enfermería en Sala de Procedimientos	484	1 Enf x sala procedimientos	1M/1T	300
PIE DIABETICO Atencion de Enfermería en Sala de Procedimientos	511	1 Enf x sala procedimientos	1M/1T	300
CIRUGIA DE MANO Atencion de Enfermería en Sala de Proced.	588	1 Enf x sala procedimientos	1	150
CIRUGIA CABEZA Y CUELLO Atencion de Enfermería en Sala de Proced.	567	1 Enf x sala procedimientos	2M	300
DERMATOLOGIA Atencion de Enfermería en Sala de Procedim.	1160	1 Enf x sala procedimientos	1	150
FOTOTERAPIA Atencion de Enfermería en Sala de Procedimientos	1219	1 Enf x sala procedimientos	2M/1T	450
ENDOCRINOLOGIA Atencion de Enfermería en Sala de Proced.	155	1 Enf x sala procedimientos	1	150
MOPRI CQ I Atencion de Enfermería	625	1 Enf x sala procedimientos	1M/1T	300
MOPRI CIRUGIA DIA Atencion de Enfermería en Sala de Procedimientos	919	1 Enf x sala procedimientos	1	150
4.1 ASISTENCIA AL MEDICO EN PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO				
RX INTERVENCIONISTA Atencion de Enfermería en Sala de Procedimientos	755	1 Enf x sala procedimientos (2+1)	3M/2T	750
OTORRINO Atencion de Enfermería en Sala de Procedimientos.	405	1 Enf x sala procedimientos	2M	300
TOMOGRFIA Atencion de Enfermería en Sala de Procedimientos	3878	1 Enf x sala procedimientos (2)	2 M/2T/1N	900
RESONANCIA MAGNETICA Atencion de Enfermería en sala de Procedimientos	511	1 Enf x sala procedimientos	1M/1T/1N	450
UROLOGIA Atencion de Enfermería en Sala de Procedimientos.	3888	1 Enf x sala procedimientos (3)	2M	450
4.2 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PROCEDIM.TERAPEUTICOS				
QUIMIOTERAPIA Atencion de Enfermería en Sala de Proced.	908	1 Enf. x 8 pac. M/T	6M/1T	1050
4.3 ATENCION DE ENFERMERIA EN ALUD MENTAL				
FARMACODEPENDENCIA Atencion de Enfermería en Sala de Proced.	181	1 Enf x sala procedimientos	1	150
HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA Atencion de Enfermería en Sala de Proced.	820	1 Enf x sala procedimientos	1	150
PSIQUIATRIA GENERAL Atencion de Enfermería en Sala de Proced.	491	1 Enf x sala procedimientos	1M/1T	300
PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y DL ADOLESCENTE Atencion de Enfermería en Sala de Proced.	847	1 Enf x sala procedimientos	1	150
Horas asistenciales de la Enfermera Jefe		Nº de horas asistenciales		75
TOTAL	28067		64	9825

Jefe de servicio Asistencial HNGAI: Mg. Cecilia Ormeño Bonifaz

TIPO DE ACTIVIDAD	CANTIDAD DE PRESTACIONES DE SALUD	REQUERIMIENTO HORA POR ACTIVIDAD	Nº DE CAMAS Y SIMILARES (b)	HORAS REQUERIDAS ENFERMERIA
3. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AMBULATORIA				
3.1 ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y AL ADOLESCENTE				
PEDIATRÍA/INMUNIZ./CRED (Apoyo al Cuidado del Paciente)	1419	1 Tec Enf x 3 consultorios	M/T	300
3.2 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DAÑOS NO TRANSMISIBLES Y TRANSMISIBLES				
OFTALMOLOGÍA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	726	1 Tec Enf x consultorio	9M/4T	1950
OFTALMOLOGÍA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	256	1 Tec Enf x consultorio	1	150
PROGRAMA TBC (Apoyo al Cuidado del Paciente)	1026	1 Tec Enf x consultorio	1M/1T	300
3.4 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TÓPICO DE CONSULTA EXTERNA				
GINECOLOGÍA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	590	1 Tec Enf x 3 consultorios	1M/1T	300
NEUMOLOGÍA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	594	1 Tec Enf x 3 consultorios	3	150
CIRUGÍA PLÁSTICA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	400	1 Tec Enf x 2 consultorios	2	150
PATOLOGÍA MAMARIA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	565	1 Tec Enf x sala procedimientos	1M/1T	300
HEMATOLOGÍA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	427	1 Tec Enf x 3 consultorios	1	150
REUMATOLOGÍA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	735	1 Tec Enf x sala procedimientos	1	150
ORTOPEDIA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	484	1 Tec Enf x sala procedimientos	1	150
PIE DIABÉTICO (Apoyo al Cuidado del Paciente)	511	1 Tec Enf x sala procedimientos	1M/1T	300
CIRUGÍA DE MANO (Apoyo al Cuidado del Paciente)	588	1 Tec Enf x sala procedimientos	1	150
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO (Apoyo al Cuidado del Paciente)	567	1 Tec Enf x sala procedimientos	1	150
DERMATOLOGÍA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	1160	0.5 Tec Enf x sala procedimientos	1	75
FOTOTERAPIA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	1219	0.5 Tec Enf x sala procedimientos	1	75
ENDOCRINOLOGÍA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	155	1 Tec Enf x 3 consultorios	1	150
4 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS				
4.1 ASISTENCIA AL MÉDICO EN PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO				
RX INTERVENCIÓNISTA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	755	1 Tec Enf x sala procedimientos	1M/1T	300
OTORRINO (Apoyo al Cuidado del Paciente)	405	1 Tec Enf x sala procedimientos	1M/1T	300
TOMOGRAFÍA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	3878	1 Tec Enf x sala procedimientos	1M/1T	300
ECDGRAFÍA - BIPA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	590	1 Tec Enf x sala procedimientos	1M	150
RESONANCIA MAGNÉTICA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	511	1 Tec Enf x sala procedimientos	1M/1T	300
UROLOGÍA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	3888	1 Tec Enf x sala procedimientos	3	150
4.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS				
QUIMIOTERAPIA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	908	1 Tec Enf x sala procedimientos + Tratamiento	3	300
4.3 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ALUD MENTAL				
FARMACODEPENDENCIA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	181	1 Tec Enf x sala procedimientos	1	150
HOSPITAL DE DÍA PSIQUIATRÍA (Apoyo al Cuidado del Paciente)	820	1 Tec Enf x sala procedimientos	1	150
PSIQUIATRÍA GENERAL (Apoyo al Cuidado del Paciente)	491	1 Tec Enf x 3 consultorios	1	150
	23849		23	7,200

Jefe de servicio Asistencial HNGAI: Mg. Cecilia Ormeño Bonifaz

VIII. DISCUSION

Diferentes organizaciones como el Consejo Internacional de Enfermeras, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, expresan que la escasez de enfermeras atraviesa un punto crítico, revelando que la falta de profesionales de enfermería pone en riesgo la atención sanitaria de la región. La escasez de enfermeras no es solo un problema para la enfermería, sino también para los sistemas de salud de los pueblos, lo que se opone a los intentos de mejorar la salud de las personas.

A este problema se le debe agregar la desigualdad tanto en la distribución geográfica como en la composición de la fuerza de trabajo de las enfermeras (2). En otros estudios anteriores, autores como Wharrad H y Kurowski, han explorado los coeficientes entre trabajadores de salud y población en relación con el nivel de financiación de la salud en los sistemas de atención de salud de distintos países, y se ha demostrado que existe una fuerte relación entre los coeficientes enfermeras y población y el nivel de financiación. En términos sencillos, cuanto más gasta un país en atención de salud, más elevados son los niveles de dotación de recursos humanos en el sistema de cuidados de salud (1,2,3).

En un análisis mundial centrado en las regiones de la OMS pueden quedar desdibujadas importantes diferencias que existen entre los países, y en un análisis de cada país pueden quedar ocultas importantes variaciones geográficas en cuanto a la disponibilidad de enfermeras. Aun en los países en que el coeficiente entre enfermeras y población es bajo, las enfermeras disponibles están muchas veces mal distribuidas, lo que agrava las consecuencias de la escasez. Las regiones rurales de los países en desarrollo tienden a ser las menos asistidas (2).

La Dra. Jean Yan, 2006, en calidad de jefe científico de enfermería y partería para la OMS, expresó que el aumento de la densidad de enfermeros se asocia con menor mortalidad infantil, también de adultos y con la tasa de VIH. Para lo cual significa la importancia de la Resolución WHA59. de la OMS sobre Fortalecimiento de la enfermería y la partería, que hace reseña a seis puntos de suma importancia para enfrentar la problemática de la escasez de enfermeras. Cuya primera consideración hace referencia a tomar en consideración el establecimiento de mecanismos para mitigar el impacto negativo para los países en desarrollo de la pérdida de personal de salud a través de la migración, que incluye medios para los países receptores desarrollados para apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud, en particular el desarrollo de los recursos humanos, en el país de origen.

La segunda se refiere a la necesidad de promover la capacitación en instituciones acreditadas de un amplio espectro de profesionales de calidad, así como de agentes de salud comunitarios, agentes de salud pública y personal paramédico. En tercer lugar, se establece la urgencia de alentar a los asociados para la salud mundial, incluidos los donantes bilaterales, las enfermedades prioritarias de intervención, y las asociaciones de instituciones de formación sanitaria en los países en desarrollo. En cuarto lugar se expresa la necesidad de promover el concepto de alianzas de capacitación entre escuelas de países industrializados y en desarrollo, incluidos los intercambios de profesores y estudiantes, dejando para el quinto lugar la creación de equipos de planificación en los países con escasez de personal sanitario, incluidos los organismos profesionales, los sectores público y privado y las organizaciones no gubernamentales, cuya labor consistirá en formular una estrategia nacional integral para el personal sanitario, incluida la consideración de mecanismos eficaces de uso de voluntarios capacitados. Por último, la utilización de enfoques pedagógicos novedosos en los países desarrollados y en desarrollo con material didáctico estado-of-the-art y la educación continua a través del uso innovador de la tecnología de información y comunicaciones (3,4).

En este contexto lo revisado en el presente trabajo académico y los artículos científicos evaluados críticamente (5,6,7,8,9,10,11,12), evidencian que existe una serie de criterios y estándares diversificados en cada país para la dotación de personal de enfermería, que hacen necesario un trabajo coordinado a nivel de las Américas y en especial a nivel de América Latina con énfasis en el Perú, que pese a tener una propuesta técnica de parte del Colegio de Enfermeros del Perú, aun esta propuesta está lejos de su aplicación estándar en todas las entidades prestadoras de servicios de salud, siendo necesario consensuarlo y aplicarla a nivel nacional.

IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- 1.Existe una serie de criterios y estándares diversificados en el Perú para la dotación de personal de enfermería, que hacen necesario un trabajo coordinado a nivel de las entidades representativas de los enfermeros del Perú.
- 2.Las empresas o instituciones prestadoras de salud no aplican un modelo estandarizado en el proceso de gestión de recursos humanos. dicha gestión se condiciona al tipo de sistema organizativo y utilizado, tecnología aplicada, política de actuación, filosofía de trabajo y política de recursos humanos existentes, finalidad y funciones del personal.
- 3.No es posible plantear una formula universal, al existir diversidad de circunstancias estructurales, económicas y administrativas en los servicios de salud
- 4.Crecimientos institucionales poco armónicos, respondiendo a determinadas contingencias o intentando aprovechar una oportunidad de inversión
- 5.Realizamos actividades que no son propias de Enfermería.

5.2 RECOMENDACIONES

- 1. Es prioritario establecer un modelo estándar de asignación y dotación de personal de enfermería, que pueda satisfacer las demandas de los pacientes, que traduzca las actividades de enfermería en términos de gestión y que ofrezca una herramienta que identifique el perfil del enfermo que atienden, y sea capaz de definir el nivel y categoría de personal requerido para su cuidado.
- 2. El Colegio de Enfermeros del Perú, los Consejos Regionales del Colegio de Enfermeros y las Escuelas Académico Profesionales de Enfermería del País deben de trabajar en forma conjunta y consensuada una propuesta única de criterios y estándares de dotación de personal de enfermeras.

Referencias

Normas de la Calidad del Cuidado Enfermero 2015

SATURNO-HERNANDEZ, Pedro Jesús et al. Indicadores de calidad de la atención a neonatos con patologías seleccionadas: estudio piloto. Salud pública Méx [online]. 2019, vol.61, n.1 [citado 2023-05-26], pp.35-45. Disponible: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342019000100009&lng=es&nrm=iso>. Epub 01-Ene-2019. ISSN 0036-3634. <https://doi.org/10.21149/9271>.

Pedro Jesús Saturno-Hernández, Quality care indicators for neonates with selected pathologies: pilot study, MC,PhD¹ 1 Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.2 Universidad Católica San Antonio de Murcia, Departamento de Ciencias de la Salud. Murcia, España.3 Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Ciudad de México, México.

FUENTES DE INFORMACIÓN

BIBLIOGRÁFICAS

- Aranda Tuamana Jesica Mercedes, (2016). Segunda Especialidad: Gestión en Servicios de Salud y Enfermería. Criterios y Estándares para la Dotación de Personal de Enfermería. Trabajo Académico para Optar el Título de Enfermero Especialista en Gestión en Servicios de Salud y Enfermería
- 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
- 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. (2018). 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.

HEMEROGRÁFICAS:

- 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”, “Indicadores de Enfermería”, impartidas en Talleres Regionales. Chiclayo-Arequipa-Huancayo- Lima. Conferencias a nivel nacional (2014) (2015) (2016) (2017) (2019): “Estructuras de Enfermería”, “Indicadores de Enfermería” “Brecha y Dotación de Personal”.
- Zapata Silva Irene; Bazán Sánchez Carmen; Peralta de Muñoz Reyna; (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.
- Privada Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud

Segunda Especialidad: Gestión en Servicios de Salud y Enfermería

Criterios y Estándares para la Dotación de Personal de Enfermería

Trabajo Académico para Optar el Título de Enfermero Especialista en Gestión en Servicios de Salud y Enfermería

Autores: Aranda Tuanama Jessica Mercedes y Rodríguez Porras Betsy Ivonne

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fernández, Belarmino Adenso Díaz; Fernández, Virginia García; Torre, Pilar Lourdes González. Estimación de cargas de trabajo en enfermería hospitalaria: Una visión desde la ingeniería industrial. En La gestión de la diversidad: XIII Congreso Nacional, IX Congreso Hispano-Francés, Logroño (La Rioja), 16, 17 y 18 de junio, 1999. Universidad de La Rioja, 1999. p. 127-132.
2. Cometto M. Situación de la Composición y Distribución del Recurso Humano de Enfermería en los Países de América Latina. 2013. Tesis Doctoral. Tesis-Doctor en Ciencias de la Salud-Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud, 2013.
3. Giraldo C. Las necesidades del cuidado de enfermería: criterios para definir requerimientos de personal de enfermería. Investigación y Educación en Enfermería, 2013, vol. 18, no 1.
4. De Freitas campos, L; Da Costa Melo M. Visão de Coordenadores de enfermagem sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem: conceito, finalidade e utilização. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2007, vol. 15, no 6, p. 1099-1104.
5. Meza-Galván M. Dotación de recursos humanos en enfermería con base en las necesidades de pacientes hospitalizados. 2009, vol. 17, N° 3
6. Bel M., Bermúdez I, Sbárbaro M, Torterolo J. "Dotación de personal de enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital Pasteur según nivel de dependencia". Tesis de grado, Universidad de la República (Uruguay). Instituto Nacional de Enfermería, 2002.
7. Deiman, P. Dotación de personal para los servicios de enfermería en hospitales de distrito para la atención primaria de salud (1992).

8. Arndt C, Loucine MH. *Administración de enfermería: teoría para la práctica con un enfoque sistemas*. 2ª. Ed. México: editorial Lito Offset California; 1990, p. 252.

9. Balderas M. *Administración de los servicios de enfermería*. 2ª ed. México: Editorial Interamericana; 1988. p 97-98.

10. Barria, S., et al. *Manual de análisis de la dotación de personal en establecimientos de salud*. Brasilia: OPS, 2004.

11. Pérez, Liria, et al. *Diseño de instrumento para el estudio de dotación de personal de enfermería profesional y auxiliar del área médico quirúrgica en siete instituciones de salud privadas de Medellín, Colombia*. *Investigación y Educación en Enfermería XV (1)*, 1997, p. 35-44.

12. Pelaez, L, Montoya M, Pelaez, M., Escalante M, Zuluaga E, Garces, M, Castro A. *Diseño de instrumento para el estudio de dotación de personal de enfermería en las categorías profesional y auxiliar para los servicios médico quirúrgica en siete instituciones de salud privadas, Medellín, 1994*. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería.

13. Alcalde G, Martín de Francisco A. Fernández A., Conde, J. *Dotación de personal para centros de hemodiálisis ambulatoria*. *Nefrología (2006)*. (Supl 8), 11-14.

14. García G.; Angélica M.; Castillo Luis. *Categorización de usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería*. *Revista médica de Chile*, 2000, vol. 128, no 2, p. 177-183.

15. Malvárez S. *Recursos humanos de enfermería: desafíos para la próxima década*. *Enfermería Universitaria (México)*, 2006. 33

16. Blanco R; Mompert M. *Administración de servicios de enfermería*. Barcelona: Editorial Masson, 2003, p. 20-35.

17. Dessler G. *Administración de personal*. Pearson Educación, 2001.

18. Fitz-Enz, J. *Cómo medir la gestión de recursos humanos*. Deusto, 1999

19. García, G.; Angélica M.; Castillo L. *Categorización de usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería*. *Revista médica de Chile*, 2000, vol. 128, no 2, p. 177-183

20. Angulo Y, Et Al. *Dotación Del Recurso Humano De Enfermería Según El Grado De Dependencia De Los Pacientes Hospitalizados En El Servicio De Medicina Interna Del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 2014*

21. Rossetti A, Gaidzinski R. *Estimating the nursing staff required in a new hospital*. *Revista latino-americana de enfermagem*, . (2011). 19(4), 1011-1017.

22. Medina E. Pailaquilén, R. *La revisión sistemática y La revisión sistemática y su relación con la práctica basada en la evidencia en salud (2010)*.



COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ



COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ



COLEGIODEENFERMEROSDELPERU



COLEGIODEENFERMEROS@CEP.ORG.PE



COLEGIODEENFERMEROSDELPERU

PARA INTEGRAR Y AVANZAR, ¡VAMOS JUNTOS!