



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD  
PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**PROCESO DE CONTROL DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE  
NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ  
ZAMBRANO” DE MANTA –  
FEBRERO - AGOSTO DE 2011**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÁSTER EN  
GERENCIA E SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**AUTORA:  
LIC. LUPE FALCONÍ DELGADO**

**DIRECTORA:  
Mg. Sp. MARCELA VITERI DE DELGADO**

**MANTA – ECUADOR  
2011**

Mg. Sp.

Marcela Viteri de Delgado

**DIRECTORA DE TESIS**

**CERTIFICA:**

Que ha supervisado el presente trabajo titulado **PROCESO DE CONTROL DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DE MANTA – FEBRERO – AGOSTO DE 2011**, el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la U.T.P.L., por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Manta, agosto de 2011

Mg. Sp. Marcela Viteri de Delgado

## **AUTORÍA**

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor.

Manta, agosto de 2011

Lic. Lupe Falconí Delgado

C.I. 130450511-6

## **CESIÓN DE DERECHO**

Yo, Lupe Falconí Delgado, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.

Manta, agosto de 2011

Lic. Lupe Falconí Delgado

C.I. 130450511-6

## **DEDICATORIA**

A Dios, principio y fin de nuestra existencia, quien nos da la fortaleza de seguir adelante y nos guía por el buen camino.

A mi madre Evangelista, que ha sido el pilar fundamental para superarme día a día, brindándome su apoyo incondicional y permanente.

A mi padre José Antonio, que desde el cielo recibo bendiciones, el cual ha sido la parte fundamental de seguir adelante.

A mi tío Juan, que lo considero y quiero como un Padre, el cual siempre he tenido su apoyo en el transcurso de mi vida.

A mi sobrina Tatiana, de quien he recibido apoyo para culminar este trabajo, y a toda mi familia por estar siempre a mi lado.

A todas mis docentes, que de una u otra manera he tenido orientación, en especial a la Mg. Sp. Marcela Viteri, que será ejemplo para nuevas profesionales.

A todas las personas que de una u otra manera contribuyeron a la culminación de este proyecto.

**Lupe**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, ser supremo que ha iluminado el camino, en todo el transcurso de mi vida, y me ha permitido llegar a la meta, de culminar una etapa de mi carrera.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por la iniciativa de poner en práctica la ejecución de una maestría para todos los profesionales del país, por los docentes escogidos y quienes han sido los encargados de guiarnos con paciencia hasta la culminación.

A la Mg. Sp. Marcela Viteri, Directora de tesis, por su valioso aporte científico, que con los conocimientos impartidos durante la ejecución del proyecto hizo realidad mi sueño.

A la líder del servicio de neonatología, Mg. Rocío Acosta, que con su ayuda y colaboración he culminado este proyecto, al personal de enfermería, autoridades del Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta, por su apoyo brindado.

A mi amiga y compañera Angelita, por su participación en todos los momentos vividos en esta experiencia.

**La autora**



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL "DR. RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO"  
DIRECCION**

---

Manta, 15 de Agosto del 2011

Licenciada  
**Lupe Falconí Delgado**  
MAESTRANTE UTPL  
Ciudad

De mis consideraciones:

A petición verbal de la interesada certifico que la Lic. **Lupe Falconí Delgado**, en calidad de Maestrante de la U.T.P.L. ha cumplido con su programación en su proyecto de acción quedando implementado el Manual de Proceso de Control del Desempeño de Enfermería en el Servicio de Cuidados Intensivos de Neonatología del Hospital Dr. Rodríguez Zambrano de Manta.

La interesada puede hacer uso de esta certificación de la manera que estime conveniente

Atentamente

  
**Dr. Carlos Loor García**  
DIRECTOR DEL HOSPITAL



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>PRELIMINARES:</b>	<b>PÁGINAS</b>
Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Cesión de Derecho	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Certificado institucional	vii
Índice	viii
 <b>APARTADOS</b>	
1. Resumen	1
2. Abstract	4
3. Introducción	3
4. Problematización	12
5. Justificación	15
6. Objetivos	19
7. Marco teórico	21
7.1. Marco institucional	22

7.1.1.	Aspectos geográficos	22
7.1.2.	Dinámica poblacional	25
7.1.3.	Misión de la institución	26
7.1.4.	Visión de la institución	26
7.1.5.	Organización administrativa	27
7.1.6.	Servicios que presta la institución	39
7.1.7.	Datos estadísticos de cobertura	40
7.1.8.	Características geofísicas de la institución	45
7.1.9.	Políticas de la institución	46
7.2.	Marco conceptual	47
7.2.1.	Introducción a la calidad en enfermería	47
7.2.2.	Procesos y su control	56
7.2.3.	La supervisión como instrumento de control	87
7.2.4.	Los indicadores	110
8.	Diseño metodológico	124
8.1.	Matriz de involucrados	125
8.2.	Árbol de problemas	127
8.3.	Árbol de objetivos	128
8.4.	Matriz del marco lógico	129
9.	Resultados	133
	Resultado N° 1	134
	Resultado N° 2	141

Resultado N° 3	145
Evaluación de los indicadores de los resultados	148
Evaluación del indicador del propósito	207
Evaluación del indicador del fin	209
10. Conclusiones	210
11. Recomendaciones	213
12. Bibliografía	217
13. Anexos	223

## **1. RESUMEN**

En el Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta, provincia de Manabí – Ecuador, se desarrolló un proyecto de acción, dirigido a implementar el proceso de control del desempeño del personal de enfermería en el servicio de cuidados intensivos de neonatología.

La propuesta partió con la realización de un diagnóstico participativo, actividad en la que se evaluó la problemática que afecta a los usuarios internos y externos del Hospital, y en el que mediante consenso se estableció como problema prioritario la inexistencia del proceso de control del desempeño del personal de enfermería en cuidados intensivos del servicio de neonatología del Hospital.

Al realizar el análisis de la problemática señalada, se estableció como factores causales, el hecho de que no existen definidas las herramientas gerenciales de control, desactualización de los líderes y personal de cuidado directo sobre las herramientas de evaluación, el sistema de información no permite la toma de decisiones ágil y oportuna.

Como respuesta a esta problemática se desarrolló un programa de acción cuya finalidad fue mejorar la calidad de atención de enfermería, el propósito fue implementar un proceso de control de desempeño del personal de enfermería y los resultados estuvieron orientados a elaborar las herramientas de evaluación, a la capacitación al personal sobre el proceso de evaluación y a revisar el sistema de información.

Se cumplió con el 100% de las actividades planificadas, se ejecutó reuniones con el 100% del personal de enfermería y se entregó el manual de herramientas de monitoreo y evaluación.

Este trabajo permitió concluir que el control es el proceso indispensable para detectar inconsistencias en el trabajo del personal y a la vez permite realizar la retroalimentación necesaria, para lograr mejorar la calidad de atención de enfermería.

## **2. ABSTRACT**

At the Hospital Rafael Rodríguez Zambrano of Manta, Manabí's province – Ecuador, a project of action, guided developed implementing the control process of the performance of the nursing personnel in the service of intensive cares of neonatología itself.

The proposal split with the realization of a participative diagnosis, activity in which the problems that affects the internal users and day boys of the Hospital was evaluated, and in the one that intervening consent established itself like priority problem the non-existence of the control process of the performance of the nursing personnel in intensive cares of neonatología's service of the Hospital.

When accomplishing the analysis of the marked problems, he became established like causal factors, the fact that they do not exist once the tools related to management of control were circumscribed, desactualization of leaders and dangerous direct personnel on the tools of evaluation, the information system does not permit expeditious and opportune the overtaking.

In response to this problems whose purpose developed a program of action itself he was to upgrade nursing attention, it was the purpose to implement a control process of performance of the nursing personnel and results were guided to elaborate the tools of evaluation to the personnel on the process of evaluation and to, to capacitation to check the information system.

It came true with the 100 % of the planned activities, meetings with the 100 % of the nursing personnel were run and the tools manual of monitoring and evaluation were delivered.

This work permitted concluding that control is the indispensable process to detect inconsistencies in the personnel's work and at the same time permits accomplishing the necessary feedback, in order to achieve to upgrade nursing attention.

### **3. INTRODUCCIÓN**

El proceso de atención de enfermería favorece el fin principal de la enfermera de dar atención de calidad al recién nacido, familia y comunidad, el mejoramiento de la calidad de atención es de suma importancia para los servicios de salud, ya que se quiere brindar atención de calidad y calidez en todos los ámbitos especialmente a los servicios de salud. Para contar con esta perspectiva es necesario utilizar estrategias e intervenciones costo efectivas e identificar necesidades de la colectividad que acude a estos centros, contemplando aspectos biológicos, sociales, económicos, culturales entre otros

El mejoramiento de la calidad se enfrenta con optimismo a este enorme desafío partiendo desde un enfoque integral e intercultural de la atención neonatal quienes a la vez al hacerse conscientes de sus necesidades y problemas, serán capaces de participar en el mismo proceso, señalando o realizando actividades para mejorar la salud.

Desde hace algunas décadas los cuidados críticos en general han ido evolucionando muy rápido, de forma que es muy complicado el seguimiento por parte de los profesionales que nos dedicamos a la práctica clínica diaria. El esfuerzo que hace día a día los profesionales de Enfermería con sus tareas asistenciales es en cierta manera agotador.

No hay que olvidar que las tecnologías en nuestro entorno de trabajo suelen ser mucho más complicadas al resto de las áreas del conocimiento de enfermería.

En el mundo los problemas relacionados con el embarazo el parto prematuro continúan estando en los primeros lugares de prevalencia y morbimortalidad, siendo problemas prevenibles, que están ligados íntimamente al subdesarrollo, la pobreza, la mala educación y la falta de distribución equitativa de la riqueza.

El Ecuador es un país subdesarrollado y dentro de sus primeras 10 causas de morbilidad se encuentran los problemas relacionados con el embarazo, el parto la prematuridad, y el peso bajo al nacer. Es así que el M.S.P. del Ecuador en cumplimiento con los objetivos del plan nacional de desarrollo, trabaja permanentemente para mejorar de manera continua la calidad de la atención que brinda a la población ecuatoriana a través de sus servicios de salud contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población y brindar mayor satisfacción al usuario.

La comunidad de Manta y de sus alrededores a pesar que se cuenta con todos los medios adecuados de transporte de centros de atención materno infantil equipado adecuadamente para la atención del parto continua las embarazadas teniendo partos prematuros y de peso bajo, dónde no acuden a realizarse sus controles adecuados.

Una de cada 130 madres en América Latina y el Caribe se enfrenta a riesgo de muerte. En cambio, en países más desarrollados como Canadá, la tasa es de 1 por cada 7.750. En los países en desarrollo, se ha comprobado que la muerte de la madre en el parto puede llevar a la muerte posterior del recién nacido.

La tasa de mortalidad materna en Ecuador por cada 100.000 nacidos vivos es de 77.8%, la tasa de mortalidad neonatal es de 16%, la perinatal de 20%, el porcentaje de parto asistido por personal capacitado es de 70% y el porcentaje de recién nacido con bajo peso al nacer es de 16%.

La tasa de mortalidad materna en el Hospital Rodríguez Zambrano es del 1% la neonatal 12%, la perinatal es de 14% y el porcentaje de parto asistido por personal profesional es de 65%, el porcentaje de recién nacidos prematuros es del 26.54% y de bajo peso 2.06%.

El Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta, es una unidad de salud de segundo nivel, pero que tiene todas sus especialidades, con una gran afluencia de usuarios, especialmente a los recién nacidos ingresados con diferentes patologías ya sea de la institución derivados de otros centros hospitalarios y de clínica particular.

En el transcurso de estos meses, ha habido un incremento significativo de RN ingresados de clínicas particulares, a pesar de que tienen o no orientación durante su embarazo, de que la atención es gratuita acuden a clínicas particulares, y son derivados recién nacidos críticos que ameritan unidad de terapia intensivas.

Este tipo de problemas me ha hecho ver la necesidad de planificar una estrategia de salud en el Hospital Rodríguez Zambrano de Manta, en desarrollar un proyecto de

proceso de control del desempeño del personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología, para así medir la calidad de atención que se da al recién nacido.

Hay que recalcar que los gastos que representa un recién nacido en terapia intensiva son financiados por el estado, si amerita el recién nacido transferir a otra unidad de tercer nivel, él familiar tiene que afrontar dicha situación económica

Cuando una mujer recibe cuidados prenatales adecuados, Es posible identificar y tratar ciertos problemas, reduciendo así el riesgo de tener un bebe prematuro o de cualquier otra patologías señaladas.

## **4. PROBLEMATIZACIÓN**

El control es parte del proceso administrativo, que mide el desempeño laboral y se emprenden acciones para asegurar los resultados deseados, mediante el control los líderes mantienen un contacto directo con el equipo de salud, recaban e interpretan informes sobre su desempeño y utilizan la información para planear acciones y cambios constructivos, que en enfermería están tendientes a mejorar la calidad de atención.

Controlar significa verificar el grado de cumplimiento de las tareas programadas en relación con los indicadores de calidad, tiene la finalidad de garantizar la prestación de servicios de la más alta calidad y con la utilización mínima de recursos a través de la retroalimentación, para in situ implementar los correctivos posibles y necesarios.

Con esta base conceptual, y ante la búsqueda permanente de mejorar la atención en las diferentes unidades y servicios de salud. En el servicio de cuidados intensivos de neonatología se realizó un diagnóstico situacional con la técnica de grupo focal, a fin de encontrar y priorizar el problema que esté afectando la salud de los neonatos, identificándose como problema principal el hecho de que en el servicio de cuidados intensivos no existe un proceso de control de desempeño del personal de enfermería, estableciéndose como factores causales los siguientes:

1. No existen definidas las herramientas gerenciales de control porque hay desinterés del líder de enfermería de evaluar los procesos, por inobservancia de las funciones asignadas, razón por la que el neonato no recibe atención de enfermería, en base a

un plan de cuidados, el neonato no recibe una atención integral, ya que las enfermeras incumplen con los protocolos de atención.

2. Desactualización de líderes del servicio y personal de cuidado directo sobre las herramientas de evaluación, porque no existe un programa de educación continua porque no hay quien eduque, por lo que el neonato no recibe una atención basada en el criterio científico, neonato retarda su recuperación, ya que las enfermeras no identifican oportunamente las necesidades.
3. El sistema de información no permite la toma de decisiones ágil y oportuna, porque no se han actualizado los sistemas y además utilizan letra ilegible, por lo que los líderes no identifican fallas, hay repetición de errores en la atención de enfermería, por lo tanto el neonato recibe una inadecuada atención de enfermería.

Todo este contexto repercute en que el neonato recibe una mala calidad de atención de enfermería.

Surge entonces la siguiente interrogante: ¿Es factible la implementación del proceso de control de desempeño del personal de enfermería en el servicio de cuidados intensivos de neonatología del Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta.

## **5. JUSTIFICACIÓN**

El Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta, es un unidad de segundo nivel, con una infraestructura moderna, para la atención al recién nacido es importante involucrar al equipo de salud en la aplicación de normas y protocolos en la atención al neonato, en la unidad de cuidados intensivos para el mejoramiento de la calidad de vida evitando las complicaciones en el recién nacido.

Con el propósito de que el recién nacido que se encuentra ingresado en la unidad de cuidados intensivos de neonatología del Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta, reciba una atención de calidad y calidez, mediante la aplicación de normas establecidas, con un equipo humano dispuesto a aprender y enseñar con el objetivo de mejorar la atención del recién nacido y de la comunidad.

Mediante la aplicación de normas y protocolos, necesarios para que conlleve a efectivizar la aplicación de estas ya que son basadas en conocimientos discutidos por el M.S.P. y O.P.S., además integrando la parte educativa hacer conciencia a que las madres promuevan estilos de vida que hagan que estas sean proclives a integrarse a el avance científico y tecnológico, sin olvidar su estado, ya que siendo el Gobierno Nacional de que las madres deben conocer los signos de alarma.

Su relevancia humana se basa en el cuidado integral que debe realizar cada madre, hacer conciencia de lo que es traer al mundo a niños sanos así no ser causantes de daños

físicos, psíquicos y morales que llegan a sufrir los niños por no recibir orientación a tiempo de un buen control ginecológico.

La comunidad, en especial a los familiares de los niños que se encuentran asilado en esta área de terapia intensiva, por cuanto al tener mejores e implementados estándares de resultados de enfermería la calidad en la entrega de atención sea eficaz y oportuna.

Ala institución por cuanto Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta se beneficiará de la atención de enfermería hacia los cuidados de los niños del área de terapia intensiva, a través del proceso de control de desempeño del personal de enfermería.

Para la autora será un aporte muy significativo puesto que tendremos un instrumento de medida muy aplicable y confiable.

En cuanto a la repercusión de los datos o resultados esperados estos servirán para generar un mejor servicio al usuario o cliente del área y a la vez brindar satisfacción a los usuarios indirectos que son los familiares de los niños.

Es un proyecto económico y rentable, debido a la gestión de los recursos disponibles, tanto en el área humano como técnica y económica, lo que se convierte en sostenible a largo plazo.

Como maestrante en el Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta, se tomó la línea de acción, fue la capacitación luego la evaluación al personal de enfermería de unidad de cuidados intensivos de neonatología, aplicando el proceso de control del desempeño de enfermería, y así medir la calidad de atención que se da al recién nacido.

## **6. OBJETIVOS**

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

Implementar el proceso de control de desempeño del personal de enfermería en el Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta, mediante el diseño y aplicación de las herramientas gerenciales de control, actualización de líderes y personal de cuidado directo sobre las herramientas de evaluación y la revisión del sistema de información para mejorar la calidad de atención de enfermería.

### ***6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS***

- Diseñar e implementar las herramientas gerenciales de control, para que el neonato reciba atención de enfermería en base del plan de cuidados.
- Capacitar a los líderes y personal de cuidado directo sobre las herramientas de evaluación para que las enfermeras identifiquen oportunamente las necesidades.
- Revisar el sistema de información, a fin de lograr datos que faciliten el proceso de control.

## **7. MARCO TEÓRICO**

## 7.1. MARCO INSTITUCIONAL

### 7.1.1. ASPECTO GEOGRÁFICO DEL LUGAR

El cantón Manta tiene una superficie de 292,89 Km<sup>2</sup>, con un Área Urbana de 6.049,23 Hectáreas, y un Área Rural de 23.239,77 Hectáreas. La ciudadde Manta es el principal Puerto de la Provincia de Manabí, se ubica entre las coordenadas geográficas 00° 57' de latitud sur y 80° 42' de longitud oeste.



La ciudad de Manta está situada a 5 metros sobre el nivel del mar y cuenta con 300.000 habitantes. Es parte de los 22 cantones manabitas y está ubicada a 36 kilómetros de la capital provincial, Portoviejo; a 190 kilómetros de Guayaquil, 400

kilómetros de Quito y 446 kilómetros de Cuenca. Está situada frente al océano Pacífico en la costa Noroccidental de América del Sur. Su temperatura promedio anual es de 28 grados centígrados. En porcentaje, la población urbana del Cantón constituye el 95,21% lo que determina un cantón prominentemente urbano, con una población económicamente activa dedicada en un porcentaje del 54,57% a actividades del sector terciario, en detrimento del sector primario que ocupa solamente el 11,18%.

La creación y el desarrollo histórico del Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta, provincia de Manabí, fueron en el año 1911 y tuvo su inicio en Tarqui “La Ensenadita”, siendo el fundador el Dr. Rafael Rodríguez Zambrano, con el apoyo del Gral. Eloy Alfaro Delgado quien tenía conocimiento de la existencia de una partida presupuestaria sin inversión en el cantón Montecristi, ordenando su transferencia para la construcción del mismo.

La población de Manta crece y la necesidad imperiosa de tener una casa de salud, es así que en el año 1944 el Servicio Corporativo Interamericano de salud pública ahora organización Panamericana de la salud, construye varios pabellones en el sector de la calle 24 y Av. 13 estos eran:

Sala de mujeres “Santa María”, Sala de hombre “San Vicente”, Aislamiento “Roberto Nevares”, Traumatología y un pequeño quirófano, Pediatría, Sala de Maternidad anexando neonatología, además se pagaba pensionado en ese entonces.

En el año 1946, elementos valiosos y representantes de las fuerzas vivas de Manta, pidió que en su reconocimiento las unidades de este facultativo de noble sentimientos humanista llevara el nombre para mantener latente su recuerdo como digno ciudadano acreedor a una imperecedera gratitud.

El primer director del Hospital fue el Dr. Carlos Alberto Palacios Izquierdo en el año 1944 y fue quien con el Sr. Ramón Virgilio Azúa, realizaron las gestiones pertinentes con la superiora provincial de la comunidad para él envió de las hermanas de la caridad a esta casa de salud, siendo el primero de mayo de ese mismo año y en presencia del Sr. Subdirector de Asistencia Social de Portoviejo que firmaran el convenio.

El 12 de diciembre de 1962, se realizan las bendiciones de la sala de operaciones en esta misma fecha también celebran 31 años de vida profesional el Dr. Daniel Acosta Rosales en reconocimiento a sus servicios gratuitos a la institución, el Sr. Director Dr. Eduardo Paz.

La historia de la comunidad en general en tiempos pasados, las mujeres realizaban su parto en casa atendidas por parteras, los problemas gripales y las diarreas los curaban con gloriados de alguna planta.

Los servicios de salud eran muy pocos menos profesionales, menos progreso del Ministerio de Salud pública, el esquema de vacuna siempre existió con la diferencia de

que ahora ya es más completo. El tema de la lactancia materna, antes nuestras madres se auto educaban.



Actualmente contamos con talento humano en número de 581, distribuidos en: 84 médicos, 81 enfermeras, 148 auxiliares de enfermería, 189 trabajadores y 79 empleados.

### ***7.1.2. DINÁMICA POBLACIONAL***

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2010, al cantón Manta le corresponde una población de 221.280 habitantes en el área urbana 210.675 y en el área rural 10.605 que constituyen el 20% de la población provincial.

**CUADRO N° 1**

<b>MORTALIDAD</b>	
<b>HOMBRES</b>	26,39 / 1.000 nacidos
<b>MUJERES</b>	37,28 / 1.000 nacidos
<b>TOTAL</b>	63,67 / 1.000 nacidos

**CUADRO N° 2**

<b>MIGRANTES</b>	
15 A 29 AÑOS	204,448 PERSONAS
> 29 AÑOS	173,460 PERSONAS
<b>TOTAL</b>	<b>377,908 PERSONAS</b>

**7.1.3. MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN**

Se sustenta las políticas del M.S.P., normas y reglamentos de la institución, promoviendo y fomentando la atención a toda la población que acude a esta unidad garantizando servicios eficientes de calidez, con sólidas bases científicas, tecnológicas, humanísticos y éticos y con un enfoque a la atención primaria, la recuperación, para fortalecer la salud. (Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta, 2011)

**7.1.4. VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN**

La visión del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta (2011) es ser el centro Hospitalario más moderno y con mejor atención a los usuarios de salud del cantón Manta y de los demás cantones de la provincia para brindar una atención con calidad y calidez, implementando de manera continua tecnología de avanzada, con talento humano capacitado, comprometido e innovadores acorde al avance de la medicina y tecnología.

### **7.1.5. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA**

El orgánico funcional del Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta (2010), depende jerárquicamente de la Dirección Provincial de Salud de Manabí está conformada por los siguientes servicios, bajo la responsabilidad de la Dirección del Hospital.

- Dirección del Hospital.
- Secretaria y Archivo.
- Organismos asesores y de apoyo, integrado por. Consejo Técnico, comité de adquisiciones, comité de farmacología, Auditoría médica e historia clínicas.
- Área médica integrada por. Medicina Interna, Cirugía, Ginecoobstetricia, Pediatría Odontología.
- Unidad de Cuidados Intensivos.
- Servicios auxiliares de diagnósticos y tratamiento integrado por: Enfermera, trabajo Social, Estadísticas.
- Y Registros médicos, Alimentación y dietética, Farmacia, Educación para la salud.
- Administración hospitalaria de quien dependen los siguientes servicios: Oficina de Recursos Humanos (personal).
- Área financiera integrada por: Contabilidad, Pagaduría, Suministros, Proveeduría, Ropería y costura, central telefónica e intercomunicaciones servicios varios: limpieza guardianía y conserjería.

- Puestos de trabajo, El equipo Médico, personal técnico y administrativo desplegará también sus actividades coordinadamente en los puestos de trabajo de consulta externa Emergencia y Hospitalización.

***DEL ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL.-*** El organigrama es el que representa la organización estructural del Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta, de conformidad al Reglamento Orgánico Funcional General de Hospitales del M.S.P.

#### ***1.-Dirección del Hospital***

- Secretaría y Archivo.

#### ***2.- Organismos asesores y de Apoyo***

- Consejo Técnico.
- Comité de adquisiciones.
- Comité de Farmacología.
- Auditoría Médica e Historia Clínica.

**3.- Subdirección Médica.-** La Subdirección Médica es la responsable de la Organización y ejecución de la atención que se brinda el Hospital a través de los Departamentos Médicos. Depende jerárquicamente de la Dirección del Hospital.

#### **4.- Servicios Médicos**

- Medicina interna.
- Cirugía.
- Gineco-Obstetricia.
- Pediatría.
- Odontología.
- Unidad de cuidados intensivos.

#### **5.-Servicios Auxiliares de Diagnósticos y tratamiento.**

- Laboratorio clínico.
- Anatomía Patológica.
- Radiodiagnóstico.
- Anestesiología.
- Medicina física y Rehabilitación.

### ***6.-Servicios Técnicos de Colaboración Médica***

- Enfermería.
- Trabajo Social.
- Estadística y Registros Médicos.
- Alimentación y Dietética.
- Farmacia para la Salud.

**7.- Administración Hospitalaria.**-La Administración del Hospital, es el área que a través de las unidades a su cargo, ejecuta las acciones administrativas y financieras, mediante la programación organización y control de los Recursos humanos y financieros para cumplir con las funciones del Hospital.

- Recursos Humanos (personal).
- Contabilidad.
- Pagaduría.
- Suministros.
- Proveeduría.
- Mantenimiento.
- Servicios generales: Transporte y Movilización.
- Lavandería, ropería y costura.
- Central Telefónica e intercomunicaciones.

- Servicios varios: Sección limpieza, Guardianía.

Tiene un área de 31.060 metros cuadrados de construcción. Cuenta con un recurso humano entre empleados y trabajadores de 585 personas.

***El área de Neonatología.***-En la actualidad el Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” funciona con 220 camas en un moderno edificio que se encuentra ubicado en el barrio Santa Martha del cantón Manta, fundado el 7 de agosto de 1988 con un área de influencia 450 usuarios diarios en consulta externa y una población de 300.000 habitantes.

El hospital es de hormigón armado de 6 pisos, situado al sur de la ciudad, el área de neonatología esta ubicada en el segundo piso, frente al área de Gineco-obstetricia y adjunta al área de centro obstétrico, brinda atención a niños de 0 horas a 28 días de vida tiene una capacidad para 16 niños en una área remodelada y está dividida de la siguiente manera:

***Transición.***-Mide 26 metros cuadrados donde se reciben los niños que nacen en centro obstétrico, en esta sala de Gineco-obstetricia o emergencia y se les da los cuidados mediatos, (toma de antropometría, colocación de gentamicina oftálmica, se toman muestras para exámenes de laboratorio: Hemogramas completos, UDRL, tipificación sanguínea, glicerina., saturación de oxígeno, entre otros).

Se los abriga para luego pasarlos junto a su madre para el apego precoz e iniciar la lactancia materna.

***Cuidados intensivos.***-Mide 67 metros cuadrados, con una capacidad de 6 niños se reciben a niños de extremo cuidado, entre ellos prematuros, membrana hialina, bajo peso, distrés respiratorio, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, sepsis neonatal, neumonía, entre otros.

***Área de infectados.***- Mide 34 metros cuadrados, consta de dos cubículos el uno infectados internos como hijos de madres con VIH con membrana rotas de más de 12 horas, niños con sospechas de sepsia, entre otros con capacidad para 3 niños. Los ingresos externos con cualquier diagnóstico, con capacidad para 3 niños. Con un total de 68 metros cuadrados.

***Área de engorde o cuidados mínimos***-Mide 14 metros cuadrados con una capacidad para 4 niños, se reciben a niños que ya completaron su tratamiento, pero necesitan ganar peso, los mismos cuyas madres pasan a cuidados intensivos.

El servicio cuenta con 12 tomas de oxígeno empotrados con su respectivo flujo metro, 4 servo control, 3 termo cunas de transporte, 5 incubadoras nuevas, 4 incubadoras a medio uso, 12 cunas abiertas, 5 lámparas de luz terapia, 5 lámparas de cuello de ganso, 12 Oxipod entre grandes y pequeños, 7 oxímetros de pulso, 5

monitor de signos vitales, 1 glucómetro, 1 equipo de diagnóstico y 1 laringoscopio, 8 bombas de infusión, 3 ombúes con sus respectivas mascarillas, entre otros.

**Área de lactario.**- Mide 20 metros cuadrados en la cual las madres se extraen la leche, se rotula, se da cuidado manejando las debidas técnicas asépticas se guarda para luego dárselas ya sea por gravedad, en sonda oro gástrica o por copa la cantidad prescrita por el médico.

**Estación de enfermería.**- Mide 20 metros cuadrados corresponde a todo lo relacionado a papelería y en el otro se encuentran los insumos y medicación de los pacientes.

**Utilería sucia.**- El área mide 12 metros cuadrados que es utilizado para lavar material sucio.

**Oficina.**- Mide 15 metros cuadrados y es utilizado para guardar material de pedido.

**Vestidor de madre.**-El mismo que se utiliza como sala de reunión y mide 8 metros cuadrados.

Con un total de metros cuadrados de 250.

En lo que respecta al talento humano en el área de neonatología tenemos:

- 1 médico líder.
- 4 médicos tratantes.
- 4 residentes médicos (que rotan por pediatría, emergencia y neonato).
- 4 internos de medicina.
- 1 enfermera líder.
- 7 enfermeras miembros de equipo.
- 12 auxiliares de enfermería.
- 2 personal administrativo.
- 2 personas de lactario.
- El área geográfica de la sala es de 250 metros cuadrados.
- Densidad del personal del área de Salud:
- $37 \text{ trabajadores} / 250 \text{ Km}^2 = 0.15 \text{ Trabajadores/m}^2$

El servicio de neonatología brinda atención, control y prevención al RN, tanto de la ciudad, de sus alrededores y áreas de influencia de la provincia.

Entre los objetivos tenemos:

- Brindar una atención oportuna y continua a todos los RN que ingresan a este servicio.

- Mejorar el estado de salud de los RN ingresados en el área de UCI de neonatología.
- Verificar si se cumplen totalmente las normas y protocolos, para el mejor funcionamiento del servicio.

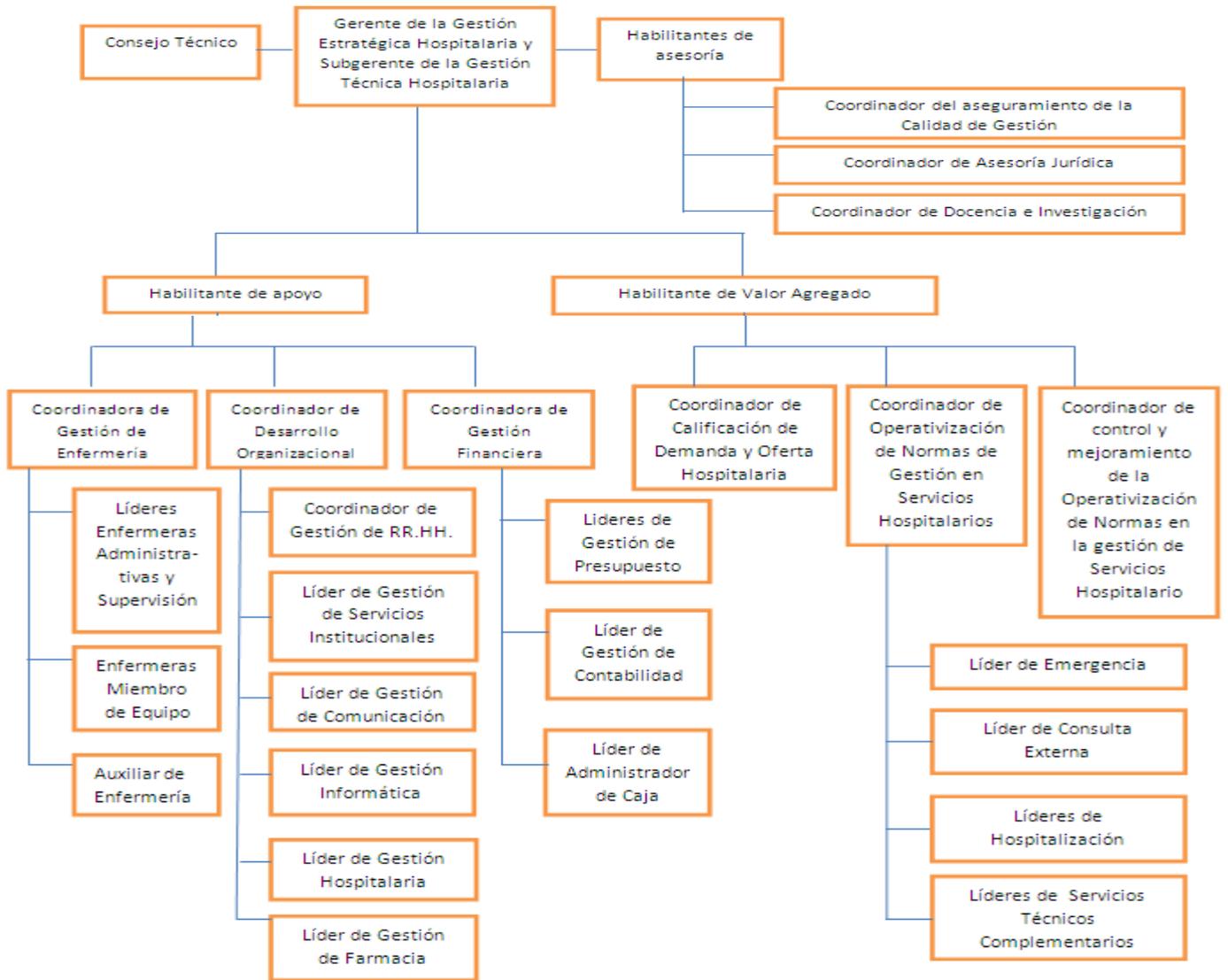
**La MISION** del servicio es atender al RN, especialmente a los grupos de mayor riesgo con diferentes patologías, utilizando normas y protocolos de atención.

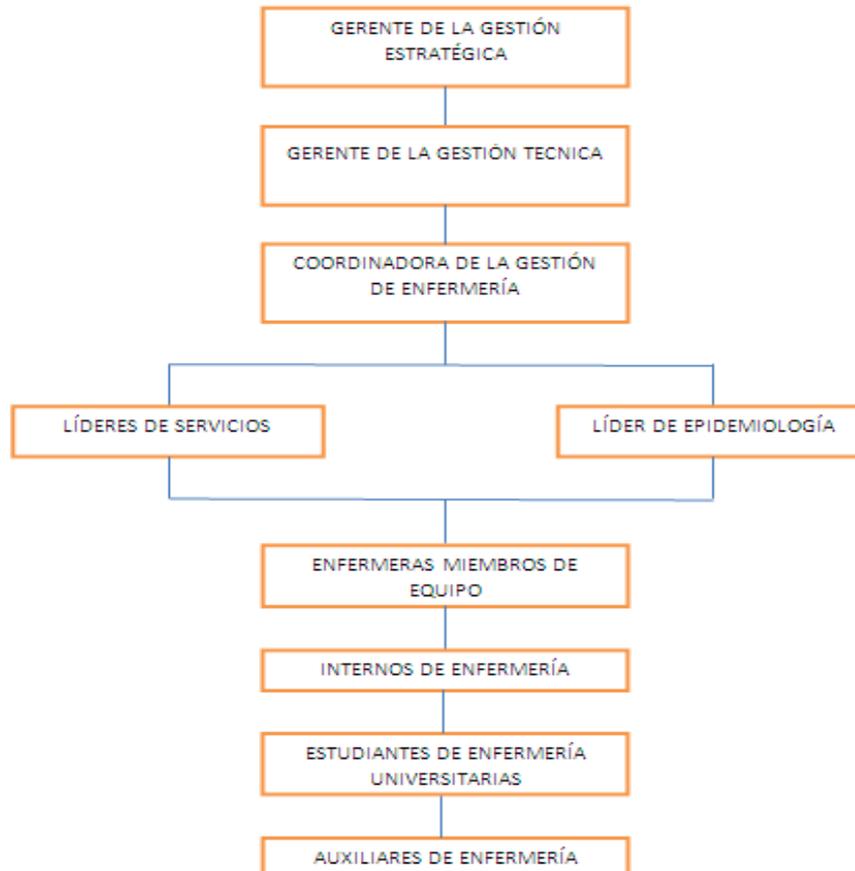
**La VISION** del servicio de neonatología del H.R.R.Z. (2011) aspira en los próximos años brindar atención de calidad utilizando los recursos disponibles de la institución.

Entre la **FILOSOFIA** tenemos:

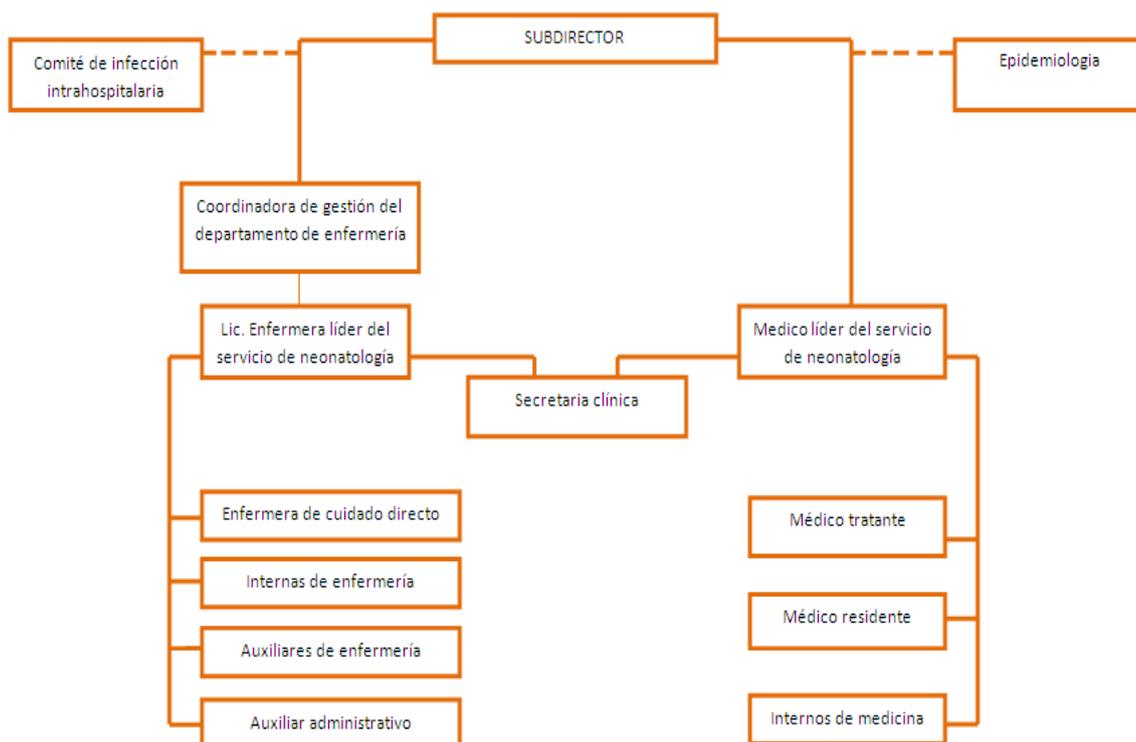
- Debe brindar atención a todos los RN que acuden al servicio, sin importar las edades, ni raza y mucho menos religiones
- La unidad de salud debe responder a las necesidades de la comunidad y debe tratar de brindar atención oportuna y eficaz.
- El servicio depende de la administración técnica de la dirección y subdirección, además es responsabilidad del servicio, brindar atención a RN de 0 horas a 28 días de vida.

**ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL**

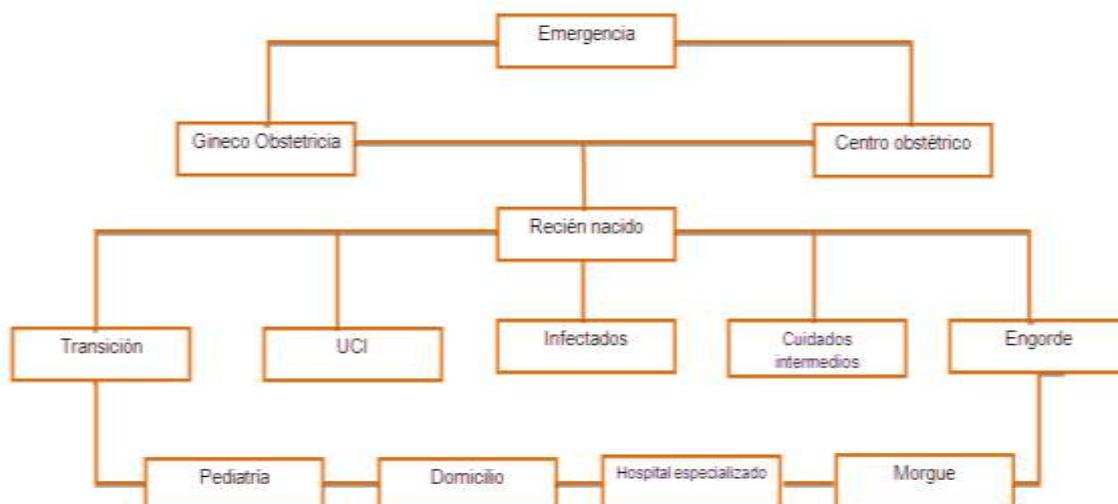


***ORGANIGRAMA DE LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA***

**ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL “RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO” DE MANTA**



**FLUJOGRAMA DE ATENCION EN EL AREA DE NEONATOLOGIA**



### ***7.1.6. SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN***

- Anestesiología.
- Urología.
- Neumología.
- Neonatología (cuidados intensivos).
- Gastroenterología.
- Cardiología.
- Dermatología.
- Servicios de UCI.
- Psicología.
- Hospitalización.
- Ginecología.
- Enfermería.
- Medicina Interna.
- Medicina General.
- Cirugía.
- Anatomía Patológica.
- Laboratorio Clínico.
- Servicio de Imágenes.
- Emergencia.
- Unidad NAR.

### 7.1.7. DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL HOSPITAL  
“RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DE MANTA, ENERO – JULIO DEL  
2011**

<b>CIE 10</b>	<b>PATOLOGÍAS</b>	<b>NÚMERO DE CASOS</b>	<b>TASA * 1000 GRUPOS DE EDAD</b>	<b>PORCENTAJE GRUPOS DE EDAD</b>
	IRA	2513	72.4	7.2
A06, A07	POARASITOSIS	1671	48.1	4.8
L23	ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS	720	20.7	2.1
A09	EDA	632	18.2	1.8
E639	DESNUTRICIÓN	361	10.4	1.0
J01	SINUSITIS	289	8.3	0.8
D50, D51	ANEMIA	168	4.8	0.5
366	OBESIDAD	162	4.7	0.5
J03	AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA	156	4.5	0.4
A64	ENFERMEDADES VENÉREAS	126	3.6	0.4

**Fuente:** Dpto. de Estadística del Hospital “Rafael Rodriguez Zambrano” de Manta

**Elaborado por:** Lic. Lupe Falconí

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL HOSPITAL  
“RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DE MANTA, ENERO – JULIO DEL  
2011**

<b>CIE 10</b>	<b>PATOLOGÍAS</b>	<b>NÚMERO DE CASOS</b>	<b>TASA * 1000 GRUPOS DE EDAD</b>	<b>PORCENTAJE GRUPOS DE EDAD</b>
V021, V799	ACCIDENTE DE TRÁNSITO	46	1.32	0.13
E10, E11	DM TIPO 2	17	0.49	0.05
I11	HTA	16	0.46	0.05
D00, D01	NEOPLASIAS DIGESTIVAS	9	0.26	0.03
I60	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	8	0.23	0.02
N04	SÍNDROME NEFRÓTICO	7	0.20	0.02
I21	IAM	6	0.17	0.02
B20	VIH	5	0.14	0.01
	CID	4	0.12	0.01
	SUICIDIO	3	0.09	0.01

**Fuente:** Dpto. de Estadística del Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta

**Elaborado por:** Lic. Lupe Falconí

La cobertura que tiene el Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta a través del servicio de Neonatología en lo referente a las patologías:

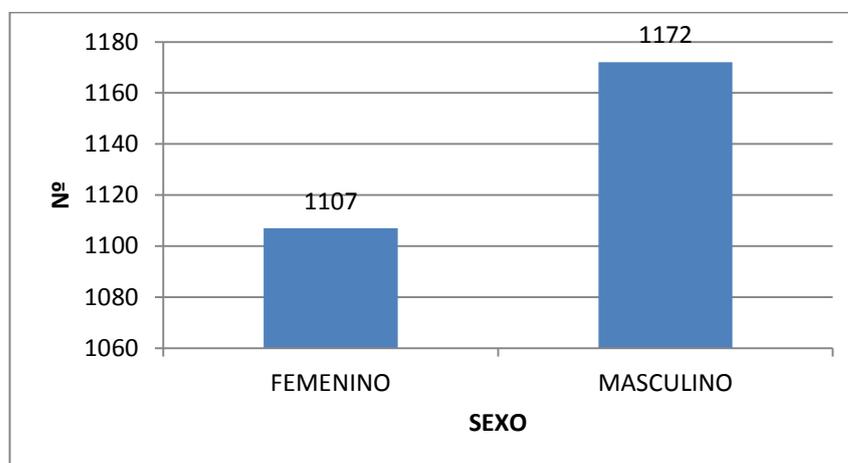
- RN Prematuros 26.54%
- Síndrome distrés respiratorio 11.73%
- Entre otras Patologías 32.92%

Por lo que se puede determinar según las fuentes estadísticas que el estado de salud que se presenta en el Hospital Rodríguez Zambrano de la Ciudad de Manta las patologías más frecuentes en el área de neonatología, continúan siendo los más vulnerables con un 26.54 % RN Prematuros y con un porcentaje alto del 32.92% entre otras patologías.

Esta situación de salud se debe al incremento Poblacional que día a día aumentan, por la mala infraestructura sanitaria, falta información por el personal de salud a la población ,desconocimiento de la comunidad de los servicios de salud que presta la institución, como también influyen los factores económicos, culturales y sociales, entre los problemas de salud más frecuentes que se presenta en esta institución y no decir la población son embarazos en adolescentes como consecuencia la prematurez al nacer, la no conciencia de la importancia de los controles prenatales la falta de conocimientos del embarazo prematuro ,con relaciona a otras patologías ,síndrome distrés respiratorio,asfixia neonatal, incompatibilidad ABO polimalformados ,RN afectados por enfermedad de lamadre,peso bajo, dificultad para la lactancia, sepsis neonatal, aspiración meconial,RN afectado por rotura prematura de membrana,neumonía,y entre otras patologías con un alto porcentaje del 32.92%

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NACIDOS VIVOS POR SEXO EN EL  
SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL H.R.R.Z. MANTA 2010**

SEXO	Nº	%
FEMENINO	1107	48,57%
MASCULINO	1172	51,43%
TOTAL	2279	100%



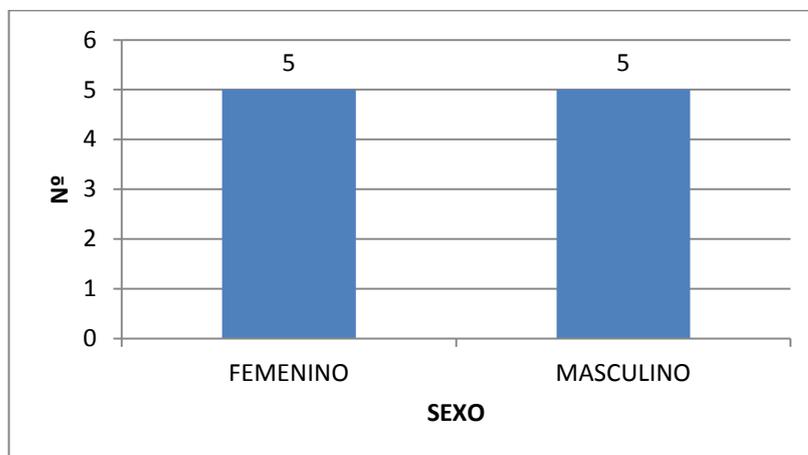
**Fuente:** Departamento de Estadística H.R.R.Z

**Elaborado:** Lic. Lupe Falconi

Tenemos un significativo número de nacimientos, en cuanto al sexo está predominando el sexo masculino con una mínima diferencia con relación al sexo femenino.

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS MUERTOS POR SEXO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DE H.R.R.Z. MANTA 2010**

<b>SEXO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
FEMENINO	5	50%
MASCULINO	5	50%
TOTAL	10	100%



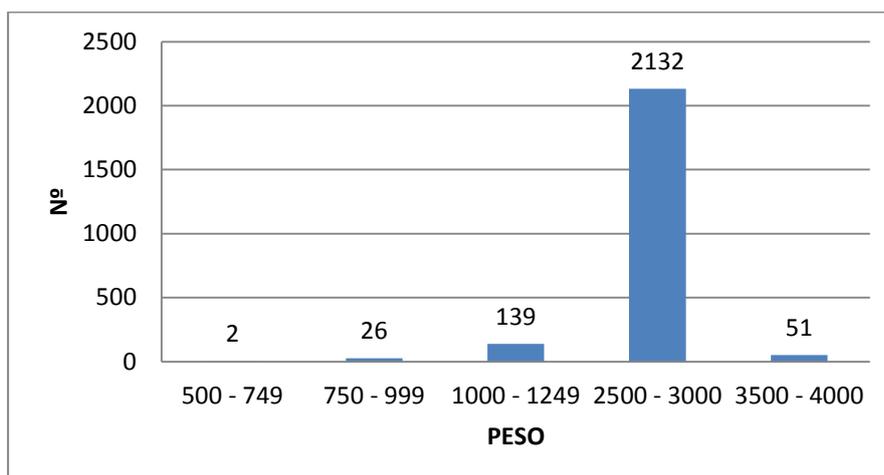
**Fuente:** Departamento de Estadística del H.R.R.Z

**Elaborado:** Lic. Lupe Falconi

Durante el 2010 los nacidos muertos en el sexo masculino representan el 50% del total de registrados y el otro 50% corresponde al sexo femenino.

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS POR PESO Y POR  
MES EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL H.R.R.Z 2010**

PESO	Nº	%
500 - 749	2	0,09%
750 - 999	26	1,11%
1000 - 1249	139	5,91%
2500 - 3000	2132	90,72%
3500 - 4000	51	2,17%
TOTAL	2350	100%



**Fuente:** Departamento de Estadística del H.R.R.Z

**Elaborado:** Lic. Lupe Falconi

Durante el 2010 Rn por peso de 2500-3000 kg represento el 90.72% del total de nacidos vivos.

**7.1.8. CARACTERISTICAS GEOFISICAS DE LA INSTITUCION**

El Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta se encuentra ubicado en el sur de Manta, en el Barrio Santa Martha, vía a San Mateo, fue inaugurado en un nuevo edificio el 7 de agosto de 1988, es de estructura vertical, de hormigón armado, de 6 pisos con diferentes pabellones de atención tiene todas las especialidades.

Al momento funciona con 220 camas, es un hospital de segundo nivel ubicado en una área ventilada sobre al nivel del mar. Con el pasar de los años la población ha crecido alrededor del hospital, se observa un congestionamiento vehicular, las áreas donde se atiende el usuario es ventilados tanto por la arborización como por los aires acondicionados, la iluminación es buena ya que también cuenta con su propia planta de luz, la limpieza que se realiza al hospital se la lleva adecuadamente, el colorido que se da en el hospital es bueno ya que ayuda en el confort del paciente, cuenta con un buen sistema de internet, la central telefónica al momento funciona a media por los malos arreglos que se realizan.

El Hospital al momento funciona con equipos acorde al tratamiento del usuario.

#### ***7.1.9. POLITICAS DE LA INSTITUCION***

- Regula y coordina la asignación y la utilización de los recursos financieros de acuerdo a lo establecido.
- Promover la salud mediante el programa de información, educación y comunicación.

- Desarrollar acciones de prevención, capacitación y vigilancia de las enfermedades de mayor riesgo biológico.
- Fortalecer las actividades de investigación y desarrollo tecnológico en función de los problemas de salud.
- Implementar sistema de motivación e incentivos.
- Administrar los servicios por proceso.

## **7.2. MARCO CONCEPTUAL**

### ***7.2.1. INTRODUCCIÓN A LA CALIDAD EN ENFERMERÍA***

Una definición precisa y consensuada del término "calidad asistencial" no ha sido posible hasta el momento, a pesar del interés y necesidad de poder medir nuestra actividad en términos como el "buen hacer" o la "adecuación" de la asistencia sanitaria. La tendencia, así como la manera más fácil de conseguirlo ha sido más bien la de descomponerla en diversas partes más fáciles de concretar y de medir. (Amaro, 2004)

La calidad podría definirse, siguiendo las ideas funcionales aplicables a la industria, como la capacidad de que un producto consiga el objetivo deseado al coste más bajo posible. En esta definición hay dos partes claramente diferenciables:

- El cumplimiento del objetivo propuesto (adecuación).
- La relación del coste de producción con el cumplimiento del objetivo (eficiencia).
- Siguiendo a Vuori (1991), en relación con la asistencia médica, la calidad podría desglosarse en varios puntos:
  - Efectividad.
  - Eficiencia.
  - Adecuación.
  - Calidad científico-técnica.
  - Satisfacción del usuario y del profesional.
  - Accesibilidad.
  - Continuidad.

***Distribución de la calidad.***-Aunque son frecuentes afirmaciones tales como "debemos conseguir solo lo mejor para nuestros pacientes" o "todo el mundo tiene derecho a la mejor asistencia posible", en ellas existen dos errores importantes: el primero es de orden lógico, es decir, la calidad es una variable continua y no uniforme. En esta distribución hay partes de alta y de baja calidad.

El objetivo del control de la calidad será intentar "empujar" toda la distribución hacia la parte de alta calidad. El segundo es de orden práctico: existen límites económicos para la mejora de la calidad. La medicina está llena de recomendaciones

y procedimientos bien intencionados, pero económicamente injustificables, que han sido hechos ondeando la bandera de la "alta calidad". (Barrón et al., 2007)

***El control de la calidad.***-El control de calidad es básicamente una actividad de evaluación. En la evaluación se pueden distinguir tres componentes relacionados con la actividad en estudio:

- El entorno.
- La conceptualización.
- La metodología.

***Controles de calidad.***-Una visión panorámica de las publicaciones y las reuniones científicas, o de los planes estratégicos y los organigramas de las diferentes instituciones sanitarias muestra un apreciable avance de la preocupación por la calidad. Más difícil resulta objetivar en que medida esta preocupación es más real que aparente, dadas las dificultades intrínsecas de cuantificación de estos esfuerzos, la idiosincrásica descoordinación entre proyectos y las diferencias apreciadas entre organizaciones similares. (Henderson, 2006)

Tampoco puede establecerse de manera concluyente lo que las estrategias de calidad asistencial incorporan de específicamente sanitario frente a la mera traslación de aproximaciones procedentes de ámbitos distintos.

Ni la fragmentación -en otros aspectos positiva- del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo sus desarrollos autonómicos han facilitado la apuesta por una monitorización sistemática y normalizada de la calidad.

Una revisión de la producción al respecto muestra una cierta profusión de encuestas de satisfacción, la mayoría de ellas “no homologables”, y a menudo con discrepancias preocupantes respecto a otras fuentes de información. Para el conjunto del Sistema cabe diagnosticar una ausencia de monitorización del producto en cuanto a resultados de la asistencia sanitaria (outcomes) y aportación del dispositivo asistencial a la calidad de vida de sus clientes, así como, en general, la falta de sistemas de información sanitaria (SIS) apropiados para valorar la evolución de estas dimensiones.

***Seguimiento de los controles de calidad.***-En los últimos años han proliferado en España los trabajos que valoran la adecuación de la utilización de los servicios sanitarios.

Aunque son muchos los ámbitos analizados adecuación de la prescripción farmacéutica, de las pruebas complementarias, de la utilización de los servicios de urgencias, etc. - una parte sustancial de ellos se refiere a la utilización inapropiada hospitalaria.

Estas evaluaciones frecuentemente utilizan instrumentos basados en criterios explícitos, generalmente independientes del diagnóstico.(Colectivo de autores del ISCH-Habana, 2004)

Desde los primeros estudios registrados en los años ochenta, la extensión de esta aproximación ha sido notable, si bien en su mayoría se trata de trabajos descriptivos, y sólo excepcionalmente se llevan a cabo intervenciones para modificar la realidad analizada.

Pese a la gran heterogeneidad que muestran respecto a periodo, alcance, tipos de centro o metodología, los trabajos analizados, coinciden en señalar la existencia de una muy variable, pero en general abultada proporción de utilización innecesaria en los servicios hospitalarios (entre el 30%-40% de las estancias y el 15%-30% de los ingresos). (Henderson, 2004)

Como segundo rasgo común, de interés crucial para lo aquí tratado, emerge la abultada atribución de utilización inapropiada a causas internas a la organización de los centros, que aconsejan orientar los esfuerzos de análisis e intervención sobre los problemas relacionados con la institución y sus profesionales, antes que hacia las características de los pacientes.

Los trabajos sobre adecuación, aunque son cada vez más numerosos y variados, tienen todavía un carácter aislado, fruto más bien de la “curiosidad” de algunos profesionales, que de una orientación deliberada del sistema en tal sentido. La relativamente abundante experiencia disponible procede de revisiones de historias clínicas, análisis de bases de datos, aplicaciones y explotaciones del CMBD, o revisiones concurrentes de procesos efectuadas con excesiva frecuencia por investigadores ajenos a la institución o, más raramente, por clínicos deseosos de evaluar su práctica, y sólo excepcionalmente promovidos por directivos que buscan una “vía clínica” de gestión.

Espinosa Ramos et al. (2006) indica que la disponibilidad del instrumental necesario -existen versiones validadas de distintos instrumentos de evaluación de la adecuación, como el AEP, AEP-pediátrico, Delay Tooletc- unida a la existencia de grupos experimentados en su utilización en la mayor parte de las CC.AA., aconsejarían extender su utilización. Su aplicación debería abandonar el repicado sistemático de trabajos descriptivos previos y adoptar una clara orientación hacia la gestión interna de la utilización. De este modo, la labor realizada resultaría menos visible en términos de publicaciones, pero más efectiva en cuanto a resultados de mejora de la adecuación.

Las actuaciones descritas, aunque distan mucho de poder ser consideradas "estructuras y procesos que garanticen la adecuación de la utilización", representan un importante avance en el análisis del uso apropiado de los recursos sanitarios. El reto

pendiente es su reconversión en herramientas útiles para la gestión de la adecuación. El problema no es instrumental, si no de voluntad y orientación de las estructuras gestoras hacia una mayor preocupación por la prestación de una asistencia apropiada y de calidad.

*Definición de criterios y estándar de calidad.*-Criterios. Al hablar de criterios estamos definiendo un patrón de aquello que queremos medir. Establecemos así un instrumento de medida y como tal este debe ser VALIDO (tiene que ser capaz de medir aquello para lo que ha sido diseñado), FIABLE (si medimos varias veces lo mismo, los resultados no podrán variar más que entre los límites de fiabilidad que hayamos fijado) y SENSIBLE (si aquello que medimos varía, el criterio debe ser capaz de detectar dicha variación). Si ya hemos definido qué queremos medir, el segundo problema será decidir sobre la escala de medición a utilizar. Definir una escala es hacer una graduación o categorización de algo que en este caso es lo que queremos medir. Las unidades de medida aquí no son universales; en control de calidad éstas van a depender de múltiples factores y pueden variar incluso para cada centro. Esta escala puede ser de distintos tipos: nominal o lógica (aceptará únicamente valores de sí o no, o lo que es igual, de 0 ó 1); ordinal (aceptando valores como útil, inútil o poco útil); de intervalo (pudiendo tomar valores como por ejemplo de 1 a 3, de 4 a 6, etc.); y más raras veces podrá ser cuantitativa y continua.

Los criterios pueden ser clasificados en tres tipos:

- a. Según el momento en que se formulan. Así, tendríamos que si esta formulación es previa a la medición, serían criterios EXPLÍCITOS, mientras que si una vez que hemos recogido un hecho nos planteamos qué es lo que hubiéramos hecho en una situación similar y valoramos esta actuación, estamos formulando criterios IMPLÍCITOS. Los criterios explícitos suelen tener mayor fiabilidad y validez que los implícitos, por lo que suelen ser más empleados.
- b. Si la atención del criterio se centra sobre un aspecto parcial de la asistencia, como puede ser una enfermedad determinada, estamos hablando de criterios ESPECÍFICOS. Por el contrario, si analiza aspectos más amplios del proceso asistencial tendríamos criterios GENERALES. En general, si tratamos de realizar un análisis del proceso asistencial serían más útiles los criterios específicos, mientras que para un análisis de resultados parecen más adecuados los criterios generales.
- c. Cuando fijamos un criterio basándonos en la práctica y en los resultados que previamente han sido obtenidos, estamos estableciendo un criterio EMPIRICO. Si lo hacemos en términos absolutos o teóricos, teniendo en cuenta únicamente aquello que consideramos como la mejor asistencia posible, estamos fijando un criterio IDEAL. Ambos tipos de criterios presentan problemas, pues mientras que los empíricos pueden acarrear cierto conformismo con la realidad, los ideales pueden tener el efecto contrario.

A la hora de enunciar criterios es importante definir bien quién debe hacerlo. En la mayor parte de los casos han sido los profesionales sanitarios los protagonistas de la

elaboración de criterios. Sin embargo, cuando estos criterios, como suele ser frecuente, impliquen la actividad de más de un profesional debe ser un pequeño grupo con composición pluridisciplinaria el que llegue a un consenso sobre la definición de los mismos.

Tras este paso, sería conveniente someterlos a la opinión del resto de las personas del servicio o institución al que vayan dirigidos.

Otras características o condiciones mínimas que se le deben exigir a un criterio son: simplicidad (detallados y precisos), aceptabilidad (basados en un acuerdo general para que sean valorados y aceptados por todos como una buena asistencia), universalidad, que sean limitados a un número esencial, adaptables a los recursos de los profesionales y pacientes y actualizados. Al enunciar los criterios debe hacerse paralelamente al enunciado de las excepciones a los mismos, que serían las alternativas que aun no cumpliendo el criterio, serían aceptables.

Estándar. Como ya hemos dicho, serían aquellos valores que toma un criterio y que actúan como límite entre lo aceptable y lo inaceptable<sup>27</sup>. Los estándares, al igual que los criterios, pueden ser IDEALES o EMPIRICOS.

A su vez, los estándar ideales pueden dividirse en «óptimos» y «absolutos». Mientras que los estándar ideales y absolutos únicamente aceptarían valores de 0 ó 1 o

frecuencias del 100 % o del 0%, los ideales y óptimos permiten valores intermedios o frecuencias intermedias que estarían basadas en los resultados de los mejores hospitales u opiniones de expertos. (Fentón et al., 2005)

“Los estándar empíricos suelen ser promedios de resultados obtenidos desde estadísticas o encuestas de centros similares. Al igual que con los criterios, al decidirse por emplear estándar empíricos o ideales hay que tener en cuenta los problemas de conformismo o de frustración que respectivamente conllevan. Aunque es necesario fijar correctamente todos los estándar a utilizar, de poco servirá hacerlo si éstos no son consensuados y aceptados por los clínicos. (Iyer, 2005)

### **7.2.2. PROCESOS Y SU CONTROL**

**Control de procesos.-** De poco sirve la implantación de un sistema de calidad y sus procesos de control si no se tienen herramientas que agilicen y aseguren su seguimiento y puesta en marcha.

Si el lector entiende que el sistema de control de su empresa es lento, pesado, complicado o poco efectivo, aquí puede encontrar la forma de remediarlo.

Control de procesos significa el conjunto de conocimientos, métodos, herramientas, tecnologías, aparatos y experiencia que se necesitan para medir y regular

automáticamente las variables que afectan a cada proceso de producción, hasta lograr su optimización en cuanto a mejoras del control, productividad, calidad, seguridad, u otros criterios.

***Dirección del control.***-A directivos y técnicos de calidad, profesionales del ámbito industrial y de servicios, implicados en este campo.

Puede resultar de interés tanto para aquellos que se encuentran en la fase inicial de la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad, basado en la norma ISO 9001:2000, como aquellos que simplemente tratan de mejorar la calidad de su empresa.

Asimismo pueden beneficiarse con esta metodología todos aquellos que necesitan disminuir costos para la obtención de la calidad a través de las acciones tendientes a eliminar los defectos internos y externos. Téngase en cuenta que la correcta gestión de las Acciones Correctivas y Preventivas son herramientas indispensables para la mejora continua de la calidad.

El costo de las no conformidades, según el tipo de actividad, puede alcanzar entre el 10 y 30 % de la facturación de la empresa, aparte de la pérdida de la confianza de los clientes. (Beltrán, 2002)

Recordamos que la empresa vende valor y beneficios. Las no conformidades restan una parte del valor percibido por el cliente, con la consiguiente pérdida de satisfacción y su fidelidad.

El más común de los problemas a la hora de implantar el seguimiento en el control de calidad es la utilización de herramientas de control poco amigables para el usuario.

Documentación dispersada, procesos lentos de control, falta de organización de un sistema de control, etc.

***Lista de chequeos y software de control de procesos.***-Estas aplicaciones se diseñan para optimizar el funcionamiento del Sistema de Calidad de la empresa. Ello significa más prestigio, más clientes, menos costes de personal, más agilidad en el control de procesos y un ambiente de trabajo mucho más amigable.

Entre los problemas que resuelven este tipo de aplicaciones se encuentran:

El Control e Integración de Documentos. El control de los documentos del Sistema de la Calidad representa la fuente número uno de las no conformidades que se detectan en las auditorías.

Es muy común encontrar en las empresas que no llevan un buen control de documentos a personas que usan copias atrasadas o no vigentes.

El Control de Auditorías, Acciones Correctivas y Preventivas, las cuales representan el motor impulsor de la mejora continua en el sistema de calidad. Es de vital importancia llevar un estricto control en el seguimiento de todos los problemas o no conformidades desde su detección hasta la eliminación definitiva de la causa raíz.

Leddy (2002) indica que es muy común ver en las empresas que al detectarse un problema o no conformidad se hace una solicitud de acción correctiva y no se le da seguimiento o simplemente se llenan algunos formatos en papel que se archivan y no se controla si realmente se resolvió el problema.

El Control de los Costos Relacionados con la Calidad, para utilizar los recursos disponibles de la forma más rentable.

El concepto de Costos de Calidad implica la utilización de técnicas administrativas, encaminadas a cuantificar los esfuerzos de la organización y las áreas de oportunidad en la misma para obtener niveles óptimos de calidad, utilizando los recursos disponibles de la forma más rentable.

El Control, Evaluación y Desarrollo de los Proveedores, para evitar que un defecto en los suministros afecte la calidad de los procesos y productos finales.

El Control Estadístico de la Calidad, con análisis, gráficas, cálculos y reportes que requiere una empresa o planta industrial para conocer, analizar, controlar y mejorar la calidad de sus productos, procesos y servicios.

La Evaluación, Desempeño y Control de Capacitaciones, para evaluar el desempeño del personal, detectar necesidades de capacitación y administrar los cursos de capacitación en la empresa.

La Medición del Grado de Satisfacción de los Trabajadores. La calidad sólo se puede lograr con la ayuda de empleados que desean trabajar con calidad.

**Control de procesos de gestión de la calidad total.-** Para hablar de gestión de la calidad total, tenemos que comenzar hablando de los enormes recursos que una empresa pierde, cuando en su gestión no se atiene a la excelencia en materia de calidad de procesos, servicios y productos.

Estudios efectuados por diversos investigadores y gurús del nivel de Deming, Juran, Feigenbaum e Ishikawa, nos hablan de desperdicios debidos a la falta de calidad que rondan en promedio entre el 25 y 35 por ciento del total facturado. Siendo la falta de calidad uno de los principales motivos generadores de otros numerosos tipos de

desperdicios, generados éstos por la necesidad de cubrir o superar las falencias en materia de fallas y errores. (Ministerio de Salud Pública, 2003)

Teniendo en cuenta las cifras antes enunciadas queda totalmente claro el enorme potencial de mejora que en materia de beneficios y rentabilidad tiene para la empresa mejorar sus niveles de calidad, llegar a generar productos y servicios “a la primera” pero no sólo para el cliente externo sino también para los internos.

Una mejora de la calidad implica aumentar los niveles de productividad y consecuentemente reducir los costos de producción, pero también los costos generales de la empresa, aumentando la competitividad tanto por la mayor calidad, como por los menores costos. La empresa tiene así la posibilidad de ofrecer productos de alto valor (mayor calidad a menores precios) o bien ganar mediante precios “premium” resultantes de un alto nivel de calidad y diseño.

Cuando de calidad se trata, ya no sólo es una cuestión de cumplir con las especificaciones, sino también de tener debidamente en cuenta, como antes se mencionó, la calidad de los procesos, pero sin dejar de lado la calidad de atención a los clientes, la calidad del ambiente de trabajo, la calidad del medio ambiente y la seguridad de trabajadores, usuarios y comunidad en su conjunto.

Así pues, calidad total es algo que lo abarca todo, tanto en procesos como en áreas y sectores. Calidad total implica un compromiso ético con la excelencia, lo cual significa un fervor por la mejora continua de los productos y procesos.

Es imposible generar calidad hacia fuera de la empresa, sin generar primeramente calidad hacia dentro de la misma. Mejorar el liderazgo, la capacitación, los procesos productivos, los sistemas de prevención y evaluación, la contratación y dirección del personal, la seguridad y la comunicación interna, son algunos de los factores cruciales para que la empresa sea altamente competitiva y pueda superar a sus oponentes. Sólo generando la excelencia interna es factible posicionarse en la mente de los usuarios como un oferente de productos y servicios con alto valor agregado.

Porque la calidad responde a una ética de la gestión y del trabajo es que los directivos eligen libremente entre hacer bien las cosas (sus actividades, procesos y, productos o servicios) o hacerlas mal. Hacerlas bien implica como premio aumentar sus ventas, reducir sus costos, mejorar la calidad de vida en la empresa, y hacer factible su supervivencia en el mediano y largo plazo.

No hacerlo, o sea elegir por hacer las cosas mal o sólo más o menos bien significa la generación de problemas en materia de satisfacción de los consumidores o usuarios, pérdida de competitividad y consecuentemente pérdida de cuota de mercado, pérdida de

preferencia y lealtad de los clientes y consumidores, y por supuesto, graves problemas financieros.

Los problemas financieros son el efecto de una mala gestión, y esa mala gestión es el reflejo de la falta de calidad en materia de producción, de servicios, de contratación y capacitación de personal, de diseño, y gestión crediticia entre otras.

Es por ello, que volvemos a subrayar que cuando se trata de Calidad Total se hace referencia a todos y cada uno de los aspectos de la organización. (MINSAP, 2005)

De nada sirve tener el mejor producto sino se dispone de la mejor distribución o de la mejor atención al público. De qué sirve disponer de un buen diseño sino se cuenta con buenos procesos de producción y excelentes proveedores de insumos.

Generar el mejor producto a un costo que no pueda ser sufragado por el mercado tampoco servirá de mucho.

Calidad implica tomar en consideración los deseos y necesidades de los consumidores, internos (a los efectos del proceso) y externos (en cuanto a los productos y servicios ofrecidos). También significa la mejora continua. Y ésta mejora continua no acepta la falta de adecuación a las nuevas demandas. Por ello es que la mejora continua hace a la calidad total.

Tal como lo manifiesta el título de una de las principales obras de management de los últimos tiempos, las empresas deben buscar la excelencia. Sólo la excelencia en la gestión permitirá a las mismas ofrecer la mayor calidad de la manera más eficiente.

**Factores claves de calidad.-** Treinta son los factores claves que una organización debe tomar en consideración si pretende lograr la Calidad Total. Son éstas, las cuestiones críticas que se desarrollarán a continuación.

*1. Compromiso de la alta administración.-* La alta administración debe estar totalmente concienciada con la importancia estratégica y operativa de la calidad, para lo cual deberá comprometerse plenamente tanto en los aspectos de liderazgo y planificación, como en los vinculados con la capacitación, mejora continua de los procesos y, los sistemas de prevención y evaluación que permitan el mayor nivel de calidad y satisfacción. Ello implica destinar todos los recursos que sean necesarios para hacer factible la calidad, se trate tanto de recursos financieros como de tiempos de dedicación.

*2. Trabajo en equipo.-* La implementación de los sistemas de trabajo en equipo destinados a la resolución de problemas y generación de soluciones, son una forma de lograr la participación activa y comprometida de las personas que están más cerca de los problemas, con lo cual se hace un uso efectivo de sus conocimientos y experiencias, además de provocar un trabajo en equipo lo cual aparte de generar sinergias permite una

más rápida puesta en práctica de las soluciones. Un empresa de alta competitividad no se concibe sin la existencia de trabajos en equipo, y sobretodo sin Círculos de Control de Calidad<sup>1</sup>. Debe siempre tenerse presente que “no hay compromiso sin participación”, y la mejor forma de fomentar la participación es mediante el trabajo en equipo.

**3. Medición de la calidad.-** El control de calidad debe basarse en hechos y no en simples apreciaciones. Definir las especificaciones a cumplimentar y alcanzar, determinar los puntos de control, los elementos o aspectos a ser medidos, determinar los medios o sistemas a utilizar para la medición y, capacitar a las personas encargadas de la misma, son aspectos cruciales a tener en consideración. El sistema y medios a utilizar deben cumplir con niveles de exactitud y precisión.

Una de las herramientas fundamentales para la medición de la calidad radica en el seguimiento y análisis de los costes de calidad.

**4. Corrección de problemas.-** Implica llegar a las diversas causa raíz de los diversos inconvenientes a los efectos de superarlos, actuando de tal forma sobre las verdaderas causas de los problemas y no sobre sus síntomas o causas más inmediatas o superficiales.

Saber preguntar cinco o más veces de manera sucesiva el “¿por qué?” de cada situación o problema existente, permite llegar a la causa raíz y con ello dar solución

definitiva a la misma. Grandes maestros de la calidad como Imai, Ohno y Karatsu lo aconsejan, y los resultados están claramente a la vista; sólo basta con observar la calidad de los productos japoneses.

**5. *Comité de Calidad.***-La cuestión Calidad es lo suficientemente importante, razón por la cual requiere la existencia de un comité especialmente creado a ese sólo efecto, con el fin de monitorear la implantación del sistema de gestión de calidad total, su posterior desarrollo y la mejora continua de los procesos y, niveles de calidad y satisfacción alcanzados.

**6. *Capacitación y educación.***-La calidad total comienza y termina con la educación. Cuando se habla de calidad total estamos hablando de calidad en todos los sectores y actividades o procesos de la empresa, por tal motivo, hacer real dicha calidad implica sí o sí capacitar a todo el personal de la empresa, incluyendo a todos los directivos. No importa cual sea su nivel jerárquico o sector funcional, todos deben comprender el significado de la calidad, su importancia, y cómo hacerla realidad y mejorarla día a día.

La capacitación es una de las bases fundamentales para lograr la calidad total, y constituye una de las herramientas y pilares del accionar preventivo. Aumentando los recursos destinados a la prevención disminuyen de manera más que proporcional los costes por fallas internas y externas. Por tal razón la capacitación cobra una importancia fundamental a la hora de gestionar la calidad.

**7. *Objetivos de mejora.***-La planificación para la mejora continua acompañado por la actividad de benchmarking permite establecer nuevos objetivos a alcanzar en materia de calidad, productividad, costes, y tiempos de entrega. Mejorar la calidad es disminuir los desperdicios, generar mayores ventas e incrementar la rentabilidad. Por tal razón la utilización del “análisis inverso” permite partiendo de los objetivos en materia de rentabilidad saber que niveles de calidad deben ser alcanzados para hacerlos factible. Luego deberán establecerse los plazos y los recursos necesarios para lograr tales objetivos.

**8. *Prevención de defectos.***-La capacitación, al igual que el PokaYoke, el Análisis Negativo y el Control Estadístico de Procesos (SPC) son las herramientas fundamentales para el aseguramiento de la calidad. Actuar preventivamente y no por reacción ante el surgimiento de los problemas es la cuestión fundamental cuando de Gestión de la Calidad Total se trata. Asegurar la calidad adelantándose a los hechos y adoptando medidas para evitar su ocurrencia, determinando los factores que hacen a la calidad y controlando su cumplimiento, permiten hacer factible procesos y productos libres de fallas.

**9. *Recompensas y reconocimientos.***-En materia de premios, éstos deben ser de carácter global, de manera tal de evitar las competiciones entre individuos o entre grupos. Lo que importa es el buen funcionamiento del sistema como un todo y no sólo de partes de éste. Cuando se trata de sugerencias, premiar al que produce la idea y no a

los que la ponen en práctica, llevará a que estos últimos no tengan mayor interés en que dicha idea triunfe.

En cambio si se premia tanto al que la genera como a los que la ponen en práctica se crea un ambiente de “gano – ganas”. Los que la tienen que implementar pondrán lo mejor de sí para que las ideas triunfen, alentando a los compañeros a generar ideas, ya que todos saldrán beneficiados de éstas. (O.P.S., 2001)

**10. Procedimientos del programa de calidad.-**Implantar métodos y herramientas conducentes a prevenir la ocurrencia de errores y fallas. Dar prioridad al “control en la fuente” y la utilización del PokaYoke.

**11. Crecimiento con rentabilidad económica.-**Los costos incurridos en prevención y evaluación aparte de ser fijos, deben ser considerados como inversiones. El incrementar la prevención implica menores necesidades de evaluación, pero sobretodo una importante caída en los costos por fallas internas y externas. En la medida en que la producción aumenta, los costos fijos por unidad disminuyen, aumento que se ve impulsado por las mayores ventas debido a la excelencia en calidad y los menores precios.

Una política y planificación enfocada a las actividades de prevención generan notables incrementos en la rentabilidad. Una herramienta muy útil a la hora de gestar la prevención consiste en la implementación del Sistema Matricial de Control Interno.

**12. Necesidades de los clientes.**-La auténtica calidad sólo es factible cuando se tiene en consideración las necesidades y deseos de los clientes y consumidores. Diseñar y producir algo que no necesitan o no valoran los consumidores carece de calidad.

Realizar la calidad es tener en cuenta lo que el cliente entiende por calidad para un determinado producto o servicio. Sólo así la empresa está en condiciones de generar un auténtico valor agregado.

**13. Proceso de planeación.**-Planificar para la calidad, o tomar con la debida consideración la calidad en la planificación es el tema fundamental de este punto. Si la calidad debe invadir todas las áreas, actividades y procesos de la organización, es fundamental que ésta tome en cuenta la calidad en cada una de las funciones fundamentales del proceso administrativo, siendo la primera de las funciones la planificación.

La planificación concebida como la selección de misiones y objetivos, estrategias, políticas, programas, y procedimientos para lograrlos; debe tener en la calidad un punto de referencia. Cuando de objetivos de calidad se trata, la norma ISO 9004 define los

objetivos de calidad como elementos fundamentales de calidad, tales como la aptitud para el uso, función, seguridad y confiabilidad.

**14. Planeación estratégica.-**La calidad total es el paso a la excelencia, y ésta última es el objetivo estratégico de toda empresa que pretenda ser competitiva y ganarse el posicionamiento en la mente del público consumidor.

Por tales razones, es esencial que la calidad sea uno de los elementos centrales de la planeación estratégica. Sólo cuando la calidad forma parte de la visión, de la misión, de los objetivos, los valores y las políticas de la empresa, será factible lograr un compromiso absoluto de toda la organización, sus proveedores y, distribuidores con la Calidad Total.

**15. Cultura de la calidad.-**La conducta de los directivos, la política de la empresa y los valores trascendentes de la organización deben evitar contradicciones que “torpedeen” los planes y objetivos estratégicos y operativos de la empresa.

Poseer una cultura de la calidad implica que la organización como un todo comprende la importancia fundamental de ésta, para la subsistencia y competitividad de la misma. Lograr la cultura de la calidad implica que todos los miembros de la empresa están real y auténticamente consustanciados con la mejora continua y la generación de valor agregado para los clientes.

**16. Enfoque total de sistemas.**-Entender, pensar y enfocar la empresa como un sistema es el gran secreto para alcanzar la calidad total. El comprender que el todo supera a la suma de las partes, y que un componente o factor, sea humano o material es tan bueno como lo es el sistema, son conceptos que tanto los directivos como los empleados deben entender y saber comprender. (Espejo, 2004)

De nada servirá la suma de numerosos empleados “estrellas”, si los conflictos entre ellos o su particular forma de ser, generan resultados menores que aquella organización que sumando individuos inclinados al trabajo en equipo producen óptimos resultados.

Tampoco puede dejarse de lado que muchas veces podemos cambiar constantemente de empleados, proveedores o máquinas, y a pesar de ello no mejorar los resultados, debido a que el sistema que genera los magros resultados, continúan sin cambios. Malas políticas, errores de planificación, falta de confianza entre empleados y directivos, impiden mejorar los resultados operativos.

**17. Comunicación de la información.**-Sistemas de información eficaz y eficiente resultan fundamentales a la hora de controlar, analizar y mejorar los niveles de calidad, productividad y satisfacción. Tableros de Comando, Andón, Gerencia Visual, son algunos de los elementos prácticos y creativos disponibles para mantener a todo el personal y directivos al tanto del funcionamiento de los procesos.

**18. Políticas de calidad.**-Las mismas hacen a la mejor gestión de la empresa en su búsqueda de la excelencia. Los directivos y líderes deben tener perfectamente bien en claro adonde debe llegarse y cómo hacer para lograrlo. Sin ideas claras y precisas los empleados no sabrán a que atenerse. Políticas claras y no contradictorias en materia de relaciones con proveedores, contratación de personal, inversión en capacitación y entrenamiento, y en sistemas de premios y castigos son fundamentales a la hora de lograr la calidad total. (Sánchez et al., 2001)

**19. Misión y visión.**-Tener bien definido a que se dedica la empresa, y donde quiere encontrarse dentro de un largo plazo, sirve para definir los objetivos estratégicos en materia de calidad. Sin una visión clara se dificulta el liderazgo y el consecuente apoyo de los seguidores. Una visión de alto valor servirá para potenciar la inspiración y firmeza del líder.

**20. Constancia y planeación para la competitividad.**-La calidad se diseña y se produce, no se controla. Es una forma de afirmar con justeza la importancia crucial que tiene planear y dejar elementos que permitan una estandarización tanto de los procesos como de los productos y servicios. La calidad no debe ser nunca propiedad de un individuo, sino de la organización. Cuando la calidad depende de un individuo la organización perderá la calidad cuando pierda a éste. La calidad debe depender del buen funcionamiento del sistema, y no de las capacidades de uno o varios individuos. Ello hace también a pensar a la organización y a la calidad total como un sistema.

**21. Métodos de supervisión.**-Los métodos y sistemas de supervisión han cambiado radicalmente. Los grupos tienden a autodirigirse, con lo cual los supervisores pueden controlar a un mayor número de personal, concentrar sus esfuerzos en ser facilitador e inspirador de los Círculos de Calidad, dedicarse a las actividades con mayor grado de creatividad e innovación, para de tal forma mejorar la calidad de los productos y procesos. Su conducta debe dejar de ser reactiva, para darle prioridad al enfoque preventivo y proactivo.

**22. Interacción entre los departamentos.**-La conjunción entre los diversos departamentos es fundamental tanto a la hora de reducir costos, como a la hora de mejorar los plazos y tiempos de respuesta. Una mejor comunicación horizontal acelera y facilita la resolución de los problemas, mejorando además la gestión de los procesos.

Rosa et al. (2004) indican que ha llegado la hora de hacer caer los muros, permitiendo un auténtico trabajo en equipo de la organización como un todo. No hay más lugar para los “clanes” o “tribus”. Los departamentos y sus miembros juegan para un solo equipo que es la empresa.

**23. Control de proveedores.**-Se debe terminar con la práctica de adquirir bienes o servicios sobre la base del menor precio, es necesario evaluar el coste total, para lo cual debe tomarse en consideración la calidad de los productos, los planes de mejoramiento a

mediano y largo plazo, la participación de los proveedores en los diseños de productos, servicios y procesos, las frecuencias y volúmenes de entregas entre otras.

Poseer proveedores de primer nivel reduce los costes de inspección, al no ser necesario las verificaciones de contenidos, calidad y cantidad, pudiendo recepcionarse los insumos y partes directamente en las líneas de ensamble o producción.

**24. Auditoría de calidad.**-Las Auditorías Operativa e Interna, deben centrar su esfuerzo en mejorar la calidad de la organización como un todo, para lo cual se encargarán de controlar el cumplimiento de los estándares fijados, como así también de las políticas de calidad establecidas.

De nada servirá limitarse a evitar desfalcos, si se están perdiendo clientes por la mala atención o los decepcionantes niveles de satisfacción. Perder clientes implica perder el principal capital de la empresa, perdiendo ventas y futuros clientes (debido a la publicidad boca a boca negativa). Nunca debe olvidarse que el coste de conseguir un nuevo cliente supera al coste de conservar uno actual.

**25. Control del proceso.**-Definir los estándares, evaluar el cumplimiento de los mismos, y planear su posterior mejora conforman las características distintivas del control de proceso. El Control Estadístico de Procesos es el arma fundamental, y por lo tanto la comprensión de éste de parte de directivos y empleados es crucial. Cabría

preguntarse cuantas empresas tienen hoy día implementado el Control Estadístico de Procesos.

**26. *Diseño del producto.***-Concentrar el esfuerzo en el momento de diseñar el producto o servicio tiene consecuencias e implicaciones de gran magnitud en los posteriores costos de elaboración y procesamiento. Aumentar el tiempo y los recursos en ésta labor, genera importantes reducciones posteriores en materia de costos y fallas.

**27. *Compromiso con la mejora continua.***-La aplicación de las etapas de Planear-Realizar-Evaluar y Actuar (PREA), constituyen la esencia del proceso de mejora instaurado por el Sistema y Filosofía Kaizen. La mejora continua es uno de los pilares fundamentales del “Lean Production”, lo cual permite una disminución continua de desperdicios (mudas).

**28. *Creatividad e innovación.***- Hacer de la creatividad e innovación fuentes permanentes de mejora en los productos, servicios y procesos. La organización debe hacer de la creatividad una forma de resolver y prevenir problemas, satisfacer nuevas necesidades y requerimientos de los clientes internos y externos.

Por tales motivos, la dirección debe remover los obstáculos y barreras a la creatividad e innovación, generando un ambiente propicio para su fecundación y desarrollo.

**29. La ética como factor clave y determinante.**-Sin ética no hay calidad. Una auténtica calidad en servicios y productos, requiere del más alto nivel ético por parte de directivos y empleados. La ética en los negocios y la ética de trabajo es lo que se observa como factores fundamentales en las empresas de excelencia.

El respeto por los empleados, por los consumidores, y por la comunidad, resultan los cimientos sobre los cuales se construyen las empresas que generan un alto valor agregado en todo el sentido del término.

**30. Reconocer los factores del comportamiento organizacional.**-La calidad requiere liderazgo, ética, capacitación y planeación entre otros factores claves. Pero el no reconocer a tiempo los factores psicológicos, sociológicos, políticos, antropológicos y psicosociales a los cuales están expuestas las relaciones y comportamientos humanos, hará fracasar todo intento por lograr la Calidad Total. Es aquí donde el Desarrollo Organizacional y una correcta dinámica de grupos cobra vida e importancia vital para el futuro de la empresa.

**Instrumentos para el mejoramiento de la calidad y ejecución de los procesos.**-La evolución del concepto de calidad en la industria y en los servicios nos muestra que pasamos de una etapa donde la calidad solamente se refería al control final. Para separar los productos malos de los productos buenos, a una etapa de Control de Calidad en el proceso, con el lema: “La Calidad no se controla, se fabrica”.

Finalmente llegamos a una Calidad de Diseño que significa no solo corregir o reducir defectos sino prevenir que estos sucedan, como se postula en el enfoque de la Calidad Total.

El camino hacia la Calidad Total además de requerir el establecimiento de una filosofía de calidad, crear una nueva cultura, mantener un liderazgo, desarrollar al personal y trabajar un equipo, desarrollar a los proveedores, tener un enfoque al cliente y planificar la calidad. (Salas, 2003)

Demanda vencer una serie de dificultades en el trabajo que se realiza día a día. Se requiere resolver las variaciones que van surgiendo en los diferentes procesos de producción, reducir los defectos y además mejorar los niveles estándares de actuación.

Para resolver estos problemas o variaciones y mejorar la Calidad, es necesario basarse en hechos y no dejarse guiar solamente por el sentido común, la experiencia o la audacia. Basarse en estos tres elementos puede ocasionar que en caso de fracasar nadie quiera asumir la responsabilidad.

De allí la conveniencia de basarse en hechos reales y objetivos. Además es necesario aplicar un conjunto de herramientas estadísticas siguiendo un procedimiento sistemático y estandarizado de solución de problemas.

Existen Siete Herramientas Básicas que han sido ampliamente adoptadas en las actividades de mejora de la Calidad y utilizadas como soporte para el análisis y solución de problemas operativos en los más distintos contextos de una organización.

El ama de casa posee ciertas herramientas básicas por medio de las cuales puede identificar y resolver problemas de calidad en su hogar, estas pueden ser algunas, tijeras, agujas, corta uñas y otros. Así también para la industria existen controles o registros que podrían llamarse “herramientas para asegurar la calidad de una fábrica”, esta son las siguientes:

1. Hoja de control (Hoja de recogida de datos).
2. Histograma.
3. Diagrama de pareto.
4. Diagrama de causa efecto.
5. Estratificación (Análisis por Estratificación).
6. Diagrama de scadter (Diagrama de Dispersión).
7. Gráfica de control.

La experiencia de los especialistas en la aplicación de estos instrumentos o Herramientas Estadísticas señala que bien aplicadas y utilizando un método estandarizado de solución de problemas pueden ser capaces de resolver hasta el 95% de los problemas.

En la práctica estas herramientas requieren ser complementadas con otras técnicas cualitativas y no cuantitativas como son:

- Ê La lluvia de ideas (Brainstorming).
- Ê La Encuesta.
- Ê La Entrevista.
- Ê Diagrama de Flujo.
- Ê Matriz de Selección de Problemas, etc.

Hay personas que se inclinan por técnicas sofisticadas y tienden a menospreciar estas siete herramientas debido a que parecen simples y fáciles, pero la realidad es que es posible resolver la mayor parte de problemas de calidad, con el uso combinado de estas herramientas en cualquier proceso de manufactura industrial. Las siete herramientas sirven para:

- Detectar problemas.
- Delimitar el área problemática.
- Estimar factores que probablemente provoquen el problema.
- Determinar si el efecto tomado como problema es verdadero o no.
- Prevenir errores debido a omisión, rapidez o descuido.
- Confirmar los efectos de mejora.
- Detectar desfases.

**Hoja de control.-** La Hoja de Control u hoja de recogida de datos, también llamada de Registro, sirve para reunir y clasificar las informaciones según determinadas categorías, mediante la anotación y registro de sus frecuencias bajo la forma de datos. Una vez que se ha establecido el fenómeno que se requiere estudiar e identificadas las categorías que los caracterizan, se registran estas en una hoja, indicando la frecuencia de observación.

Lo esencial de los datos es que el propósito este claro y que los datos reflejen la verdad. Estas hojas de recopilación tienen muchas funciones, pero la principal es hacer fácil la recopilación de datos y realizarla de forma que puedan ser usadas fácilmente y analizarlos automáticamente.

De modo general las hojas de recogida de datos tienen las siguientes funciones:

- De distribución de variaciones de variables de los artículos producidos (peso, volumen, longitud, talla, clase, calidad, etc...).
- De clasificación de artículos defectuosos.
- De localización de defectos en las piezas.
- De causas de los defectos.
- De verificación de chequeo o tareas de mantenimiento.

Una vez que se ha fijado las razones para recopilar los datos, es importante que se analice las siguientes cuestiones:

- La información es cualitativa o cuantitativa.
- Como, se recogerán los datos y en qué tipo de documento se hará.
- Cómo se utiliza la información recopilada.
- Cómo de analizará.
- Quién se encargará de la recogida de datos.
- Con qué frecuencia se va a analizar.
- Dónde se va a efectuar.

Esta es una herramienta manual, en la que clasifican datos a través de marcas sobre la lectura realizadas en lugar de escribirlas, para estos propósitos son utilizados algunos formatos impresos, los objetivos más importantes de la hoja de control son:

- Investigar procesos de distribución.
- Artículos defectuosos.
- Localización de defectos.
- Causas de efectos.

Una secuencia de pasos útiles para aplicar esta hoja en un Taller es la siguiente:

1. Identificar el elemento de seguimiento.
2. Definir el alcance de los datos a recoger.
3. Fijar la periodicidad de los datos a recolectar.
4. Diseñar el formato de la hoja de recogida de datos, de acuerdo con la cantidad de información a recoger, dejando un espacio para totalizar los datos, que permita conocer: las fechas de inicio y término, las probables interrupciones, la persona que recoge la información, fuente, etc.

**Histogramas.-** Es básicamente la presentación de una serie de medidas clasificadas y ordenadas, es necesario colocar las medidas de manera que formen filas y columnas, en este caso colocamos las medidas en cinco filas y cinco columnas. La manera más sencilla es determinar y señalar el número máximo y mínimo por cada columna y posteriormente agregar dos columnas en donde se colocan los números máximos y mínimos por fila de los ya señalados. Tomamos el valor máximo de la columna X+ (medidas máximas) y el valor mínimo de las columnas X- (medidas mínimas) y tendremos el valor máximo y el valor mínimo.

Teniendo los valores máximos y mínimos, podemos determinar el rango de la serie de medidas, el rango no es más que la diferencia entre los valores máximos y mínimos.

Rango = valor máximo – valor mínimo.

El histograma se usa para:

- Obtener una comunicación clara y efectiva de la variabilidad del sistema.
- Mostrar el resultado de un cambio en el sistema.
- Identificar anomalías examinando la forma.
- Comparar la variabilidad con los límites de especificación.

Procedimientos de elaboración:

1. Reunir datos para localizar por lo menos 50 puntos de referencia.
2. Calcular la variación de los puntos de referencia, restando el dato del mínimo valor del dato de máximo valor.
3. Calcular el número de barras que se usaran en el histograma (un método consiste en extraer la raíz cuadrada del número de puntos de referencia).
4. Determinar el ancho de cada barra, dividiendo la variación entre el número de barras por dibujar.
5. Calcule el intervalo o sea la localización sobre el eje X de las dos líneas verticales que sirven de fronteras para cada barrera.
6. Construya una tabla de frecuencias que organice los puntos de referencia desde el más bajo hasta el más alto de acuerdo con las fronteras establecidas por cada barra.
7. Elabore el histograma respectivo.

**Diagrama de Pareto.**-Es una herramienta que se utiliza para priorizar los problemas o las causas que los genera.

El nombre de Pareto fue dado por el Dr. Juran en honor del economista italiano Vilfredo Pareto (1848-1923) quien realizó un estudio sobre la distribución de la riqueza, en el cual descubrió que la minoría de la población poseía la mayor parte de la riqueza y la mayoría de la población poseía la menor parte de la riqueza. El Dr. Juran aplicó este concepto a la calidad, obteniéndose lo que hoy se conoce como la regla 80/20.

Según este concepto, si se tiene un problema con muchas causas, podemos decir que el 20% de las causas resuelven el 80 % del problema y el 80 % de las causas solo resuelven el 20 % del problema.

Está basada en el conocido principio de Pareto, esta es una herramienta que es posible identificar lo poco vital dentro de lo mucho que podría ser trivial, ejemplo: la siguiente figura muestra el número de defectos en el producto manufacturado, clasificado de acuerdo a los tipos de defectos horizontales.

Procedimientos para elaborar el diagrama de Pareto:

1. Decidir el problema a analizar.

2. Diseñar una tabla para conteo o verificación de datos, en el que se registren los totales.
3. Recoger los datos y efectuar el cálculo de totales.
4. Elaborar una tabla de datos para el diagrama de Pareto con la lista de ítems, los totales individuales, los totales acumulados, la composición porcentual y los porcentajes acumulados.
5. Jerarquizar los ítems por orden de cantidad llenando la tabla respectiva.
6. Dibujar dos ejes verticales y un eje horizontal.
7. Construya un gráfico de barras en base a las cantidades y porcentajes de cada ítem.
8. Dibuje la curva acumulada. Para lo cual se marcan los valores acumulados en la parte superior, al lado derecho de los intervalos de cada ítem, y finalmente una los puntos con una línea continua.
9. Escribir cualquier información necesaria sobre el diagrama.

Para determinar las causas de mayor incidencia en un problema se traza una línea horizontal a partir del eje vertical derecho, desde el punto donde se indica el 80% hasta su intersección con la curva acumulada. De ese punto trazar una línea vertical hacia el eje horizontal. Los ítems comprendidos entre esta línea vertical y el eje izquierdo constituyen las causas cuya eliminación resuelve el 80 % del problema.

**Diagrama de causa efecto.**-Sirve para solventar problemas de calidad y actualmente es ampliamente utilizado alrededor de todo el mundo. ¿Cómo debe ser construido un diagrama de causa efecto? Por ejemplo, tenemos el cocinado de un arroz especial del cual consideraremos el sabor como si esto fuera una característica de la calidad para lograr su mejora.

En la siguiente figura tenemos un ejemplo de un diagrama de causa efecto elaborado cuando un problema de máquina es debido a las principales causas nombradas en este caso:

- Máquina.
- Hombre.
- Método.
- Material.
- Distribución de un lado de la columna.

**La estratificación.**-Es lo que clasifica la información recopilada sobre una característica de calidad. Toda la información debe ser estratificada de acuerdo a operadores individuales en máquinas específicas y así sucesivamente, con el objeto de asegurarse de los factores asumidos;

Usted observara que después de algún tiempo las piedras, arena, lodo y agua puede separarse, en otras palabras, lo que ha sucedido es una estratificación de los materiales, este principio se utiliza en manufacturera. Los criterios efectivos para la estratificación son:

- Tipo de defecto.
- Causa y efecto.
- Localización del efecto.
- Material, producto, fecha de producción, grupo de trabajo, operador, individual, proveedor, lote etc.

### ***7.2.3. LA SUPERVISIÓN COMO INSTRUMENTO DE CONTROL***

#### ***GENERALIDADES***

*a. Conceptualización.*-La palabra supervisión es una función básica de relevante importancia; la palabra supervisar deriva del latín SUPER, que significa sobre, mirar sobre, examinar en detalle, observar el proceso del trabajo y a los trabajadores durante su ejecución o acción.

De acuerdo al aumento de los requerimientos de servicios de salud, surge la necesidad de asignar la función de Supervisión con el propósito principal de

garantizar una atención con calidad y calidez que refleje los cuidados de enfermería en las fases de prevención, curación y rehabilitación a toda la población que demanda servicios de salud; así como, promover el trabajo en equipo y desarrollar la eficiencia del personal para lograr la máxima productividad estableciendo relación de asesoría, apoyo-coordinación con el personal de enfermería y otras disciplinas. (Secretaría de Salud de México, 2006)

La supervisión está basada en conocimientos técnicos-científicos con la aplicación del proceso administrativo en todas sus etapas, apoyándose en valores éticos, morales y espirituales para fortalecer su función. La persona que ejerce este rol es el eslabón entre la dirección y el personal operativo con el fin de obtener la satisfacción plena en la atención oportuna del usuario, familia y comunidad.

La supervisión es considerada como un proceso en el cual un individuo o grupo de individuos especialmente seleccionados, altamente calificados verifican el desempeño del personal para establecer controles y procedimientos, que mejoren las condiciones en que el trabajo se realiza, además, busca los medios para el perfeccionamiento de la atención de enfermería y del equipo de trabajo. Todo lo anterior hace que el papel del supervisor (a) sea protagónico en la cualificación del cuidado de enfermería.

A través de la historia, la supervisión ha experimentado cambios; la administración de los servicios y los cuidados de enfermería estaban delegadas a las enfermeras jefes o superintendentes retomando modelos de hospitales militares y religiosos que influyeron en la autoridad y disciplina de la profesión, repercutiendo también, en la definición del perfil de la persona que ejerce la función de supervisar.

El perfil constituye las características o rasgos que denotan determinado estilo; es el conjunto de rasgos psicológicos sobresalientes que definen el tipo de persona adecuada para ejercer una función o desempeñar una tarea u ocupación.

La Supervisión tiene que ser efectuada por profesionales con cualidades, conocimientos, destrezas y técnicas para desarrollar las actividades del servicio de enfermería; destrezas humanas para mantener la moral y motivación de todos los empleados y clientes; destrezas conceptuales para tomar buenas decisiones y mantener la coordinación efectiva en la organización. Además, tiene que ser un líder democrático que requiera visión, inteligencia y valor, así como, habilidad para trabajar con el recurso humano.

***b. Aspectos del perfil.***- El perfil en Supervisión debe ir a la vanguardia con los avances tecnológicos debido al amplio ámbito de trabajo y su relación constante con los seres humanos, por lo que, debe contemplar los aspectos siguientes:

**1. Preparación académica.-** El personal que desempeña la función de supervisión debe poseer el grado de Licenciatura en Enfermería, lo que permite el fortalecimiento profesional, amplia capacidad de conocimiento y análisis; favoreciendo su accionar en la toma de decisiones; don de mando, lo que permite optar por mejores oportunidades para participar en cursos de especialización, así como, otros cargos y ascensos.

**2. Conocimientos Técnicos y Administrativos.-** Para fundamentar el accionar en la asesoría y apoyo del personal asignado en la atención de enfermería que se proporciona a usuarios, se debe aplicar el proceso administrativo, así como, contar con conocimientos en las diferentes áreas; tales como:

- Medicina preventiva.
- Elementos de fisiopatología.
- Enfermería y salud.
- Procedimientos y técnicas en enfermería.
- Administración de servicios hospitalarios.
- Docencia e investigación.
- Relaciones humanas.
- Comunicación.
- Legislación.
- Ética.

- Computación.
- Inglés.

3. **Habilidades y destrezas.**-La persona que ejerce supervisión debe poseer habilidades y destrezas para desarrollar la capacidad técnica y administrativa en beneficio del personal y usuarios, las cuales se resumen a continuación:

- Aplicación de conocimientos técnicos y administrativos. Ejercer la autoridad.
- Aplicación del método de solución de problemas.
- Comunicación efectiva.
- Poseer inteligencia emocional.
- Capacidad para enseñar.
- Capacidad de análisis y síntesis.
- Promover el desarrollo profesional de los(as) subordinados (as).
- Fomentar actitudes positivas.
- Ejercer liderazgo. Capacidad para delegar Estabilidad emocional.

4. **Cualidades personales.**-Es necesario poseer cualidades que reflejen que es la persona idónea para el cargo, lo que implica estar consciente de sus valores en relación con las demás personas del equipo de salud y el trabajo asignado; a continuación se detallan las siguientes cualidades: (Stright, 2001)

- Calidez, Liderazgo, Honestidad, Inteligencia, Valor, Visión, Creatividad, Iniciativa.
- Personalidad, Disposición al cambio, Confianza en sí mismo, Simpatía.
- Empatía, Sinceridad, Responsabilidad, Capacidad para dirigir, Discreción, Imparcialidad, Puntualidad.
- Cautela.
- Dinamismo.
- Seriedad profesional, Solidaridad Disciplina.
- Autoestima aceptable, Oportuno, Comprensión.
- Capacidad de autocrítica.
- Entusiasmo, Autodominio, Humildad.
- Léxico adecuado, Consistente, Autodidacta, Proactivo.

5. **Requisitos.**-Es necesaria una preparación básica para desempeñar el cargo de Supervisor (a); los requisitos son:

- Preparación académica y profesional.
- Poseer experiencia administrativa de 2 a 3 años como Jefe de Unidad.
- Haber recibido cursos de supervisión con un mínimo de 40 horas.
- Poseer condición física y mental estable.
- Tener vigente el ejercicio de la profesión de enfermería.

***Funciones de la persona que ejerce supervisión.***-El accionar de la persona que ejerce la Supervisión está agrupada en cuatro funciones: Administrativa, técnica, educativa e investigativa.

***a.Función administrativa.***-Cada una de las etapas del proceso administrativo, (planificación, organización, dirección y control) requiere de una serie de acciones para su aplicación, de tal modo que la fusión de ellas genera un desempeño armónico y estable hacia el logro del objetivo que es asegurar el cuidado de enfermería de calidad, con calidez y libre de riesgo; entre estas acciones se detallan:

Elaborar y/o actualizar el diagnóstico situacional de supervisión basado en fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Participar en la elaboración del Plan anual operativo.

Analizar y evaluar la cantidad y categoría del personal de enfermería que se requiere en el área de trabajo asignado. Asesorar a la Enfermera (o) Jefe de Unidad en la asignación y distribución del personal.

Solucionar los problemas detectados o comunicados; si están fuerade su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente.

Revisar y controlar la distribución de turnos, horarios, vacaciones, días libres y otros del personal de enfermería. Mantener y aplicar las normas disciplinarias e interés por el trabajo.

Elaborar y recibir informes de situaciones relevantes en los diferentes turnos.

Participar en la toma de decisiones del Departamento de Enfermería.

#### ***Cumplir funciones delegadas***

- Realizar y verificar entrevistas al personal, según necesidad. Evaluar al personal directa e indirectamente en su área de desempeño.
- Utilizar e implementar instrumentos de supervisión y evaluación del personal.
- Vigilar la conservación y uso adecuado de la capacidad instalada de los servicios.
- Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición.
- Participar en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos del Departamento de Enfermería.
- Asumir responsabilidades por delegación o en ausencia de la Enfermera Sub-jefa o Jefa del Departamento de Enfermería. Vigilar la adecuada y oportuna dotación de material y equipo en los servicios.
- Coordinar actividades con otras disciplinas intra y extra institucional.

- Resolver ausentismo del personal de enfermería. Vigilar el cumplimiento de principios y valores éticos.
- Asistir a reuniones y capacitaciones programadas e incidentales. Participar en el reclutamiento y selección del personal.
- Establecer medios de comunicación efectiva a todo nivel. Propiciar un ambiente organizacional saludable para favorecer la productividad y las relaciones interpersonales armoniosas.

**b. Función técnica.**-La función técnica está relacionada al conjunto de conocimientos y destrezas para aplicar los métodos, procesos y procedimientos; haciendo uso de técnicas específicas que permiten proporcionar al usuario un cuidado integral con calidad y calidez; comprende entre otros:

- Planificar acciones de atención de los pacientes y promover esfuerzos cooperativos con el equipo de salud.
- Procurar que el paciente tenga un ambiente de bienestar e higiene y libre de riesgos.
- Fomentar la creatividad e innovación con el fin de mejorar la calidad y calidez en la atención de enfermería.
- Vigilar la administración correcta de prescripciones médicas. Garantizar la aplicación correcta de técnicas y procedimientos de enfermería en la atención al paciente.
- Participar en la atención y seguimiento de pacientes de alto riesgo.

- Constatar que el paciente reciba la atención de enfermería planificada en base a las patologías.
- Establecer estrategias que garanticen la satisfacción del usuario. Vigilar el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros.
- Orientar al personal sobre manejo de equipo especial.

*c. Función educativa.*-Para fortalecer los conocimientos y potencialidades del personal, orientando hacia la mejor ejecución del cuidado de enfermería; es importante:

- Participar en la enseñanza incidental o planeada a paciente y familia.
- Elaborar, asesorar y ejecutar programas de educación continua a personal de enfermería. Promover el desarrollo profesional del personal de enfermería. Participar en la presentación de casos clínicos y fomentar la participación de enfermería.
- Participar en el programa de inducción del personal de nuevo ingreso, rotación interna y ascenso.
- Implementar acciones educativas de acuerdo a necesidades identificadas.
- Asistir y promover la participación a seminarios, congresos, forum, etc.
- Participar en el desarrollo de programas educativos comunitarios. Facilitar la conducción del proceso enseñanza-aprendizaje a estudiantes de enfermería y otros profesionales en prácticas clínicas sanitarias y asistenciales.

*d. Función investigativa.*-Esta función está relacionada con la programación y ejecución de estudios de investigación en enfermería de acuerdo, a necesidades identificadas que contribuyan a mejorar la calidad de atención y desarrollo del personal, comprende entre otras actividades:

- Aplicar el proceso de atención de enfermería fundamentado en la teoría de enfermería.
- Aplicar encuestas para identificar habilidades y debilidades del personal.
- Realizar investigaciones operativas, implementar acciones y evaluar resultados periódicamente.
- Aplicar la metodología de la investigación científica en problemas de salud de usuarios y personal de enfermería.
- Aplicar el método de solución de problemas.
- Elaborar escritos y publicaciones sobre el papel de enfermería como el producto del trabajo cotidiano.
- Realizar el perfil epidemiológico del personal de enfermería y del usuario.
- Estructurar un programa de auditoría en la atención de enfermería.
- Participar en los estudios de investigación y control epidemiológico.

*e. Funciones en el tiempo.*-Para las funciones antes descritas, es necesario tomar en cuenta la distribución del tiempo asignado a cada una de ellas, con el fin de lograr mayor efectividad. A continuación se detallan las funciones con los tiempos estimados:

<b>FUNCIÓN</b>	<b>TIEMPO ESTIMADO</b>
Administrativa	50%
Técnica	25%
Educativa	15%
Investigativa	10%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

En supervisión, es necesario reflexionar para elaborar un plan que mejore al máximo la utilización del tiempo; para ello, conviene ayudarse con las actividades que corresponden a cada función para que le sirva de guía; luego, decida qué objetivos desea lograr a corto, mediano o largo plazo. El establecimiento de prioridades ayuda para determinar el modo de emplear el tiempo.

Por ejemplo, si usted, enfermera supervisora o enfermero supervisor, tiene el turno de 7 am a 5 pm, son 10 horas para desarrollar las actividades que corresponden a cada función; si aplicamos el porcentaje de tiempo estimado para cada una de éstas (ver cuadro), significa que el tiempo lo empleará así:

- 5 horas para las actividades de la Función Administrativa.
- 2.5 horas para las actividades de la Función Técnica.
- 1.5 horas para las actividades de la Función Educativa.
- 1 hora para las actividades de la Función Investigativa.

Al finalizar el turno registre lo que realizó, valore como empleó el tiempo y evidencie el logro de sus objetivos de supervisión.

### ***Ámbito de supervisión***

**a. Generalidades.-** Para fines del Manual, se considera el ámbito de supervisión como el área geográfica donde se ejerce la función de supervisión dentro de una estructura organizativa, en donde se tienen definidos niveles jerárquicos o categorías y líneas de autoridad; el Departamento de Enfermería como parte de la institución, cuenta con su propia estructura organizativa en donde la supervisora ocupa un nivel jerárquico importante con dependencia directa de la Jefatura del Departamento de Enfermería.

El ámbito está determinado por los siguientes aspectos, entre otros:

- Número de unidades.
- Accesibilidad de las unidades.
- Número de personal de enfermería, su rotación y especialidad.
- Estado de emergencia.
- Perfil epidemiológico.
- Nivel de atención.
- Función administrativa.
- Número de enfermeras supervisoras.
- Tipo y número de pacientes.

Considerando de vital importancia, la supervisión de los servicios de salud; se requiere de un líder con características personales acordes al cargo; con valores y principios éticos que le permitan desarrollarse en un ambiente laboral idóneo.

En todos los establecimientos de salud, independientemente del nivel de atención al que corresponda, es necesaria la supervisión de los servicios de enfermería; el objetivo primordial es constatar que se proporcione el cuidado con eficiencia, eficacia, calidad, calidez y equidad. Para cumplir esta función se necesita mantener una relación efectiva con otras disciplinas y tomar decisiones administrativas relevantes para dar respuesta inmediata de acuerdo a las necesidades que se presentan, procurando que las decisiones tomadas sean acertadas para que no alteren el buen funcionamiento del establecimiento de salud.

***b. Niveles de atención.***-Si partimos de que el ámbito es el contexto dentro del cual se desarrolla la función de supervisión, es necesario, reconocer sus características a partir de: el concepto, la conformación, la competencia, las funciones y las interrelaciones del Segundo y Tercer Nivel de Atención en Salud.

***Métodos en la supervisión.***-Para garantizar la ejecución de las funciones de supervisión, es indispensable emplear métodos tales como la Supervisión Directa e Indirecta, en cada una de estas se aplican instrumentos y técnicas. Para fines de este Manual se define método como la forma prescrita de ejecutar una tarea, dando adecuada

consideración al objetivo que se pretende lograr, las facilidades disponibles, el gasto de tiempo, dinero y esfuerzo.

Se concibe el término instrumento, como un documento que sirve para obtener un determinado fin u objetivo. Y la técnica es el conjunto de procedimientos y habilidades para realizar las tareas.

En supervisión se debe tomar decisiones acertadas para tener éxito en su labor, ésta se ejerce en dos formas: Supervisión Directa e Indirecta.

*a. Supervisión directa.*-Es el método en el que existe contacto directo con el personal supervisado y supervisor; se realiza a través de diferentes técnicas y procedimientos, tales como:

**Comunicación:**Es transmitir e intercambiar información, ideas, actitudes, sentimientos y pensamientos, por lo que también forma parte de las relaciones personales.

**Observación:**Proceso de examinar con atención las condiciones o actividades para recoger datos descriptivos y cuantitativos.

**Recorrido:**Visitas a las unidades del hospital para inspeccionar y evaluar la calidad de los servicios que se presta a los pacientes y actuación de los empleados.

Entrevista: Conversación entre dos o más personas con el propósito de obtener efectos deseables para el mejoramiento de la productividad, identificar necesidades y asesorar en la solución de problemas.

Enseñanza: Es una forma de supervisar y al mismo tiempo de asegurar un resultado positivo. La enseñanza se utiliza para ayudar al trabajador, esta puede ser incidental o planeada.

Asesoría: Es un contacto personal con el empleado, fomentando el entendimiento y autocontrol; lo que proporciona la oportunidad para ofrecer consejo y confianza.

Reuniones: Medios utilizados por el supervisor para agrupar a los empleados con el propósito de obtener participación proactiva en situaciones presentadas en los servicios hospitalarios.

***b. Supervisión indirecta.***-Es el método en el que no existe contacto personal con el supervisado; se realiza a través de instrumentos, tales como:

Análisis de documentos: Consiste en la revisión de documentos, para extraer información de registros de enfermería y análisis de los mismos, con el objetivo de dar seguimiento a las actividades realizadas por el personal de enfermería.

**Informes:** Es responsabilidad del Supervisor redactar informes de las actividades realizadas, estos pueden ser estadísticos e informativos.

**Manuales:** Herramientas administrativas que permiten al Supervisor, observar la actividad del grupo comparando con la descrita en el Manual; para orientar las acciones del empleado. Ejemplo: Manuales de Normas, Procedimientos y Funciones.

**Reglamentos:** Normas legales de comportamiento que guían la conducta del empleado dentro de la institución: Reglamento Interno, Código de Ética, Código de Salud, Ley del Servicio Civil, Ley del Seguro Social, Ley de Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería, Contrato Colectivo, Deberes y Derechos de los Pacientes.

**Plan de supervisión:** Documento que permite plasmar acciones oportunas para alcanzar los objetivos con mayor eficiencia.

**Registros usuales en enfermería:** Expediente clínico, plan de cuidados, récord anecdótico, censo diario de pacientes, planes de trabajo, agenda mensual etc.

**Lista de chequeo:** Es el medio por el cual una persona evalúa o determina la efectividad del desarrollo de una técnica o procedimiento.

### ***Instrumentos en la supervisión***

**a. Generalidades.**-El instrumento, documento o herramienta escrita es la que se utiliza para constatar la ejecución de una o varias tareas. El tipo de instrumento a utilizar depende del objetivo que se tenga definido y, como todo informe escrito, es importante considerar los siguientes criterios para lograr el efecto deseado.

- Que sea claro.
- Que sea elaborado correctamente.
- Que sea legible.
- Que esté escrito a tinta o máquina.
- Que este firmado por la persona que lo escribe.

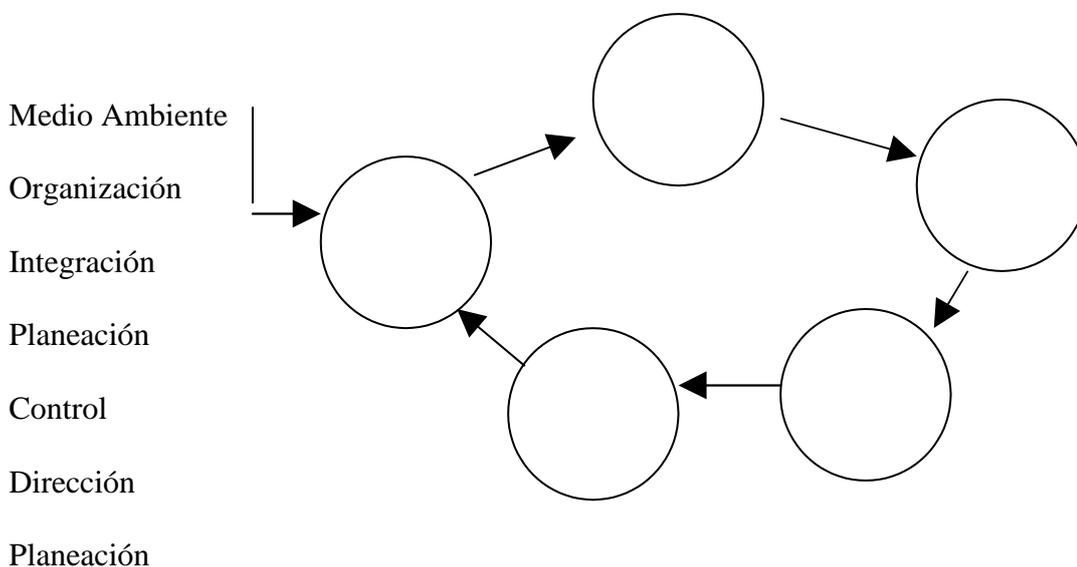
**b. Importancia.**-Los instrumentos son prueba tangible de la eficacia al aplicar la supervisión directa e indirecta, a través de ellos, se dan a conocer los adelantos y los problemas detectados; son medios de comunicación para mantener bien informada a las personas; trabajar en conjunto más eficazmente y obtener mayor cooperación y satisfacción en el progreso de la institución.

Se ilustran en este Manual, cinco de los instrumentos con su respectivo instructivo para facilitar su aplicación.

### *Etapas de la supervisión*

**a. Generalidades.**-Para desarrollar la función de supervisión con eficiencia y efectividad es conveniente aplicar las etapas del proceso administrativo; éste se convierte en un proceso dinámico que asegura una estructura de organización bien definida y culmina con el desarrollo ascendente de la institución y el empleado.

**b. Fases del proceso administrativo.**- Con la intencionalidad de recordar y reafirmar la importancia de aplicar las etapas del proceso administrativo, para cumplir con la función de supervisión se hace referencia a cada una de ellas:



Es vital en la supervisión de enfermería, implica hacer un cálculo anticipado de los factores, fuerzas y relaciones necesarias para lograr un objetivo con más eficiencia.

Al planificar la supervisión se incluye la filosofía del Departamento de Enfermería; los objetivos a corto y largo plazo, los criterios de medición; análisis de necesidades, propósitos, políticas, normas técnicas, recursos humanos, materiales y evaluación.

**Organización:** Define la distribución de funciones y actividades inherentes al plan, su importancia es establecer las relaciones funcionales de dirección y los niveles de responsabilidad de sus recursos humanos.

La supervisión utiliza esta etapa, para reconocer la distribución del trabajo entre los miembros del grupo y la delegación de la autoridad necesaria para desempeñar la función de supervisión que permita el logro de un objetivo específico; es importante su aplicación, porque se identifican las líneas jerárquicas, la delimitación de las funciones y actividades de acuerdo a los niveles, así como, el cumplimiento de normas, políticas y reglamentos de la institución.

**Integración:** Como etapa administrativa de la Supervisión, hace énfasis en la administración de recursos humanos, se lleva a cabo mediante la identificación de requerimiento de fuerza de trabajo, inventario de personas disponibles, ascensos, evaluación, compensación y capacitación o desarrollo de candidatos o empleados en funciones a fin de que puedan cumplir eficaz y eficientemente sus tareas. Así como también se refiere a la coordinación y enlace de las partes de la organización, con el fin de obtener un funcionamiento coherente y armónico. (Torrens, 2003)

Dirección: En esta etapa la supervisión influye en las personas para que contribuya al cumplimiento de metas organizacionales y grupales. Esta fase es esencial para realizar lo planeado; permite el desarrollo pleno del trabajador, optimiza su motivación, dirección, manejo de conflictos, análisis de problemas, toma de decisiones, trabajo en equipo y comunicación. Un clima organizacional comprende:

Ambiente favorable, Respeto, Colaboración, Coordinación.

Reconocimiento social, Creatividad, Productividad.

La supervisión debe facilitar una comunicación abierta y una conducta aceptable, así como ser capaz de controlar un conflicto inmediatamente antes de que este consuma más tiempo y energía.

Control: Esta etapa esta formada por dos sistemas fundamentales: Supervisión y Evaluación; para fines de este manual se abordará solamente la supervisión; concibiéndola como “un proceso por el cual un individuo o grupo de individuos especialmente seleccionados vigilan las actividades de otros, establecen controles y procedimientos, mejora las condiciones en que el trabajo se realiza y busca los medios para el perfeccionamiento del trabajador”. La supervisión se efectúa durante el desarrollo de todas las actividades para asegurar el logro de los propósitos del control, entre ellos:

Optimizar la utilización de los recursos. Proponer y sugerir alternativas administrativas Promover la creatividad y la innovación.

### ***Tipos de supervisión***

**a. Generalidades.-**Supervisión efectiva es aquella en la que se ejerce un liderazgo hábil en la administración de Recursos Humanos y de Servicios; motivando al personal a tener disposición al trabajo y al logro de cumplimiento de metas con esfuerzo, entusiasmo y la obtención de satisfacciones personales.

**b. Clasificación.-**Los tipos de Supervisión son una combinación de diferentes tareas y conductas de relación utilizadas para influir en los demás, con el fin de lograr metas. Entre los tipos de supervisión que se pueden aplicar, se describen los siguientes:

Autocrática, Democrática, Liberal, Integrante.

Supervisión autocrática: Impone y espera cumplimiento, es dogmático, conduce por medio de la capacidad de retener u otorgar premios y castigos.

Supervisión democrática o participativa: Consulta a sus subordinados respecto a acciones o decisiones probables y alienta a su participación. Este tipo de

supervisión va desde la persona que no emprende ninguna acción sin la participación de sus subordinados hasta aquella otra que toma decisiones por sí sola.

Supervisión liberal o de rienda suelta: Hace uso reducido del poder, concede a sus subordinados alto grado de independencia en sus operaciones. Este tipo de supervisión depende en gran medida de los subordinados para el establecimiento de metas.

Supervisión integrante: Es la supervisión que toma en cuenta factores como los seguidores, la situación está orientada hacia las tareas y las personas, es la más apropiada porque integra todos los estilos de liderazgo.

En supervisión se necesita estar consciente del comportamiento y de la influencia sobre los demás y diferencias individuales de los seguidores, características del grupo, motivación, estructura de tareas, factores ambientales, variables situacionales ajustando así el estilo de acuerdo a aspectos mencionados.

En la práctica se aplica una mezcla de los estilos anteriores; para ejercer la supervisión según determinado estilo radica en el hecho de elegir el más adecuado, según las circunstancias que se presente.

#### ***7.2.4. LOS INDICADORES***

***FORMACIÓN DE INDICADORES (Treviño et al., 2002)***

**Los estándares de calidad.-** Los estándares no son más que los niveles mínimo y máximo deseados, o aceptables de calidad que debe tener el resultado de una acción, actividad, un programa, o un servicio.

En otras palabras el estándar es la norma técnica que se utilizará como parámetro de evaluación de la calidad.

Una vez programada las actividades de solución al problema de gestión, los círculos de calidad deberán definir los estándares de calidad del o los resultados esperados. En el desarrollo de los estándares deben participar los miembros del equipo coordinador de la gestión de calidad en la unidad de salud y representantes de los usuarios internos y externos del programa de atención integral en el cual se identificaron los problemas.

Hay que cuidar que los estándares no sean influenciados por lo que actualmente hace el personal que son los responsables de la gestión o ejecución de la actividad, componente o programa con problema. Los estándares deben ser monitoreados y evaluados periódicamente, aplicando indicadores, para saber si se está asegurando la calidad.

**Ejemplo:**

**Resultado esperado:**El personal de la unidad está capacitado para realizar consejería sobre la oferta y elección del método anticonceptivo a la pareja.

**Estándar:** el 100% del personal que da consulta de atención o promoción en el servicio tiene la capacidad técnica y la actitud de respeto a los valores de la población para realizar consejería sobre la oferta y elección del método anticonceptivo a la pareja.

En la atención primaria hay que considerar que la fijación de los niveles no tiene carácter universal, como puede ser para el tercer nivel, donde los hospitales participan en la acreditación de calidad por comisiones internacionalmente establecidas.

**Los indicadores de calidad. Análisis de la realidad.**-La realidad en la que vivimos posee un gran número de aspectos, los cuales se comportan como variables es decir tienen características que cambian de modo tanto cualitativo como cuantitativo.

Cuando nos aproximamos a esta realidad generalmente lo hacemos de una manera incompleta, ya que construimos un modelo de acuerdo a nuestros conocimientos, capacidades, intereses, etc., que resulta ser una simplificación de la realidad que nosotros podemos manejar conceptualmente, modificar con nuestras acciones, etc.

Dada la necesidad de describir, debemos operacionalizar la obtención de información sobre las variables que observamos.

Lo que usamos para hacerlo son los **indicadores**, que no son otra cosa que descriptores que construimos con la información a la que podemos acceder (disponible o por recoger) y que nos dicen algo de un aspecto (una variable) de la realidad.

A medida que la ciencia y la cuantificación tienen un papel más predominante en el mejoramiento de la calidad, se buscan cada vez más pruebas tangibles para asegurarse que la calidad existe en la realidad y como puede mejorarse. En este contexto los indicadores de calidad: son medidas que describen la calidad relacionada a los estándares.

***Función de un indicador.***-El indicador debe permitirnos medir de alguna manera lo que describe. Esto es importante para, precisamente, poder comparar el resultado de la observación que hacemos con el de otra observación o con información de referencia.

Unas veces la medición resulta un proceso bastante directo y sencillo (por ejemplo: el tiempo que un niño con neumonía permanece en el servicio de emergencia), pero otras no lo son (por ejemplo: medir la calidad del cuidado recibido por el niño con neumonía en el servicio de emergencia).

Por otro lado, la medición implica el uso de instrumentos de mayor o menor complejidad.

Ejemplos de instrumentos: unas preguntas o un cuestionario, un reloj, un tensiómetro o una balanza, una glucocinta o una prueba de tipo ELISA para la determinación del nivel de anticuerpos en suero, etc.

Al medir usamos escalas, podemos usar diferentes escalas para medir lo mismo (Por ejemplo: la presión se puede medir en milímetros de mercurio, centímetros de agua, etc.).

En muchos casos, estableceremos valores umbrales, parámetros o metas, a partir de los cuales consideramos positivo o negativo el resultado de una observación.

La forma de establecer el umbral puede ser:

**Arbitraria:** basada en un umbral cuantitativo. Por ejemplo: como siempre la productividad del consultorio se considera adecuada si es igual o mayor que 6 consultas por hora, la accesibilidad a un servicio es inadecuada si el usuario potencial vive a 5 o más Km. o más de 30 minutos de viaje a pie.

*No arbitraria:* basada en la determinación de una presencia. Por ejemplo mejoro la eficacia de un tratamiento.

Cabe reconocer que siempre hay un grado de arbitrariedad.

*Características de los indicadores desempeño.*-Los indicadores de desempeño son instrumentos empleables como guía para vigilar y evaluar la calidad de importantes funciones directivas, administrativas, clínicas y de apoyo. Tienen varias características importantes:

- Los indicadores no son medidas directas de calidad. Más bien, son medidas seguras y válidas empleables para evaluar importantes institucionales y relacionados con el desempeño de los profesionales.
- Los indicadores pueden proporcionar claves útiles sobre lo resultados de los procesos clínicos, administrativo y de otra índole (por ejemplo, con qué grado de eficacia, corrección y eficiencia se realizan).
- Los indicadores pueden servir para evaluar un estándar de proceso o un resultado de la atención. Los mejores indicadores de procesos evalúan los eventos o actividades estrechamente vinculados a los resultados obtenidos por los pacientes.
- Para ser útiles, los indicadores deben tener un grado razonable de fiabilidad y validez.

*Característica de los indicadores de resultados.*-Primero, los indicadores de resultados no evalúan directamente la calidad de la atención, sino que simplemente permiten deducir sobre el proceso y la estructura del servicio. La confianza que uno tiene en esa inferencia depende del vínculo de causa entre la estructura, proceso y resultado; los buenos resultados se pueden obtener a pesar de procesos y estructuras inadecuadas.

Segundo, la relación de causa entre el proceso de la atención y su resultado, depende de la interacción de otros factores, como la mezcla de casos y la gravedad de la enfermedad (“case mix”). Cuando normalizamos el efecto de riesgo, por lo tanto, aumenta nuestra confianza en la medición del resultado.

Tercero, un número suficientemente grande de casos debe ser recopilado, para deducir si se están prestando buenos servicios. La atención puede ser muy buena aunque muera el paciente.

Cuarto, los malos resultados son señales de que se necesita mayor investigación.

Quinto, cuanto más completa la estandarización, más precisa y exacta será la advertencia para la investigación.

Sexto, los resultados reflejan la contribución de diferentes aspectos del sistema de atención médica y no solo la capacidad y competencia de los prestadores de servicios.

Al mismo tiempo, los resultados esconden la información sobre lo que anduvo bien o mal, por lo que tenemos que analizar la estructura y proceso de la atención médica.

Séptimo, las medidas de resultados deben ser específicas en cuanto al tiempo. Las medidas de resultados pueden utilizarse para efectuar el monitoreo paralelo de la atención; los resultados subsiguientes son útiles para efectuar un monitoreo retrospectivo y así mejorar la atención médica en el futuro.

Octavo, los pacientes y el público comprenden mejor los resultados que los aspectos técnicos de estructuras y procesos. Pero estos últimos, sin embargo, son igualmente importantes para garantizar la calidad. Las mediciones de resultados no dicen lo que ha ocurrido, pero una evaluación de estructuras y proceso nos indica la capacidad de una institución para proporcionar una buena atención médica.

**Formulación de los indicadores.-** El primer paso en la formulación es **identificar que queremos describir**. Para ello hay que retomar los estándares de calidad y los resultados esperados.

Una vez que sabemos que queremos medir, debemos **describir y formular el indicador**.

El indicador puede ser uno que ya se utiliza regularmente en el programa o servicio de atención, aunque es mejor que sea creado por el equipo y ser específico al proceso de mejoramiento de la calidad que se está implementando.

El indicador puede ser cualitativo o cuantitativo. Los indicadores cualitativos sirven más para describir percepción o satisfacción y los cuantitativos para determinar grados o niveles de calidad, es decir cantidad. Ya descrito el indicador, se procede a formular como será operacionalizado. La formulación dependerá si el indicador es Cualitativo o cuantitativo.

**Ejemplo:**

Indicador Cualitativo: Usuarios perciben que la consejería para elección de método anticonceptivo es: buena, es mala, no importante

Los indicadores cuantitativos generalmente se componen por un numerador y denominador, pero también puede ser un número absoluto como conteo de eventos, o una medición en grados o escalas.

**Ejemplo:**

Número de parejas satisfechas con la consejería sobre elección de métodos anticonceptivos en la consulta ambulatoria Total de parejas que pasaron consulta en la unidad de salud o simplemente: número de consejerías dadas en la consulta durante un mes:

Determinar **la fuente de información** para desarrollar el indicador.

Los indicadores necesitan de datos para ser desarrollados, siendo indispensable identificar la fuente de información de donde obtendremos los datos. Si se ha identificado correctamente que vamos a medir y se ha formulado adecuadamente el indicador, será fácil identificar la fuente de información que proporcionará los datos para desarrollarlo.

Cuando el indicador cuantitativo es una proporción hay que conseguir información para el numerador (lo observado), el denominador (la referencia) o el número absoluto. La fuente de aquellos no es siempre la misma, pero sí se refiere siempre al mismo universo.

### *Principales fuentes sobre el cálculo de indicadores*

- Registro de eventos vitales, censos de población y vivienda, registro de los servicios de atención médica ambulatoria y hospitalaria y otros registros de actividades en salud.
- Sistemas de vigilancia y otros servicios epidemiológicos relacionados.
- Encuestas ad-hoc. Técnicas cualitativas de estudio en la comunidad.
- Otras fuentes de información.
- Registro de eventos vitales

Kozier et al. (2008) señalan que los registros de eventos vitales, según Naciones Unidas, comprenden "los nacimientos vivos, defunciones, defunciones fetales (mortinatos), matrimonios, divorcios, adopciones, legitimaciones, reconocimientos, anulaciones y separaciones; en una palabra, todos los hechos relacionados con el comienzo y fin de la vida del individuo y con los cambios de su estado civil que pueden ocurrir durante su existencia".

Censos de población y vivienda: Los censos de población -que habitualmente tienen cobertura nacional- constituyen una valiosa fuente de información para conocer la magnitud, las características y las variables determinantes de los cambios de la población y aspectos muy asociados. Sin embargo, aunque en la década de los 80 sólo 3 países de la Región no llevaron a cabo un censo, los resultados obtenidos de los

realizados no muestran una mejora sustancial ni en la calidad ni en la cobertura en relación con los ejecutados en décadas pasadas.

Registros de los servicios de atención médica ambulatoria, hospitalaria y otros: Los registros de los servicios de atención médica, hospitalarios y ambulatorios, ubicados en los territorios constituyen una manera relativamente económica de obtener información.

Esta fuente de información presenta, no obstante, ciertas desventajas que no pueden soslayarse; las principales se mencionan seguidamente.

Frecuentemente no existe uniformidad en la información que se recolecta por parte de las instituciones de salud de un mismo territorio, aunque correspondan a un mismo evento, ya que las fuentes de información fueron concebidas con propósitos diferentes.

**Por ejemplo:** los hospitales que se financian básicamente por la seguridad social o por pago de seguros de salud pudieran recopilar más información sobre las causas de consultas ambulatorias que los consultorios privados, por los trámites que habitualmente tienen que hacer los primeros. Por otra parte, la calidad de la información puede ser muy heterogénea en función de la preparación e intereses de su personal, los hospitales docentes, por ejemplo, tienden a obtener más y mejor información que las clínicas privadas.

Sistemas de Vigilancia: Los sistemas de vigilancia constituyen una valiosa fuente de información sobre el estado de salud de la población en lo que respecta a las entidades bajo control. Sin embargo, la información obtenida a través de esta fuente habitualmente se limita a números absolutos y en ocasiones ni a las cifras mismas, sino propiamente a la advertencia sobre la presencia de casos de una cierta enfermedad- por lo que estos datos tienen que combinarse con los de otras fuentes para obtener indicadores adecuados.

Se considera que la utilidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica para proporcionar información para ciertos indicadores depende de tres factores: primero, que el programa de control o acción al cual se asocia el sistema de vigilancia tenga cobertura nacional o esté implantado en regiones representativas del país de forma tal que se obtengan valores insesgados de los indicadores; segundo, que la duración del programa sea tal que proporcione un período de monitoreo útil para los indicadores; y tercero, que esté disponible alguna medida de la población en riesgo proporcionada por el propio sistema de vigilancia u obtenida de otras fuentes.

Encuestas: Las encuestas tienen ventajas y desventajas que se resumen seguidamente:

Ventajas: La información puede ser relacionada con otra información de la vivienda, que se obtiene simultáneamente; lo que conduce a interpretaciones que no serían posibles si la información fuera obtenida de otras fuentes.

Puede obtenerse información que no es posible, o, se hace difícil obtener por otras vías (por ejemplo: empleo de los recursos de atención médica del sector privado, información sobre morbilidad e incapacidad, que no requiere de atención curativa, razones de la no utilización de los servicios de atención médica).

El muestreo puede proporcionar asimismo estimados de los denominadores (digamos población, por edad y sexo) para el cálculo de indicadores.

### ***Fuentes de variación del indicador***

a) Cambios en la característica que se mide (falta de constancia). Puede ser a causa de variación en cualquiera de los factores que determina la característica.

b) Los instrumentos (falta de precisión o de congruencia). Un instrumento puede no dar resultados consistentes o diferentes instrumentos dar diferentes resultados.

c) Las personas que colectan la información. Puede variar lo que perciben, su habilidad, integridad, propensión a equivocarse. Pueden estar influenciadas por prejuicios, motivaciones, etc.

Sesgo de medición. Variación por el observador.

Estrictamente hablando, la que es sólo introducida por el observador. Puede ser interobservadores o intra-observadores.

Frecuentemente es difícil separarla de otras fuentes de variación.

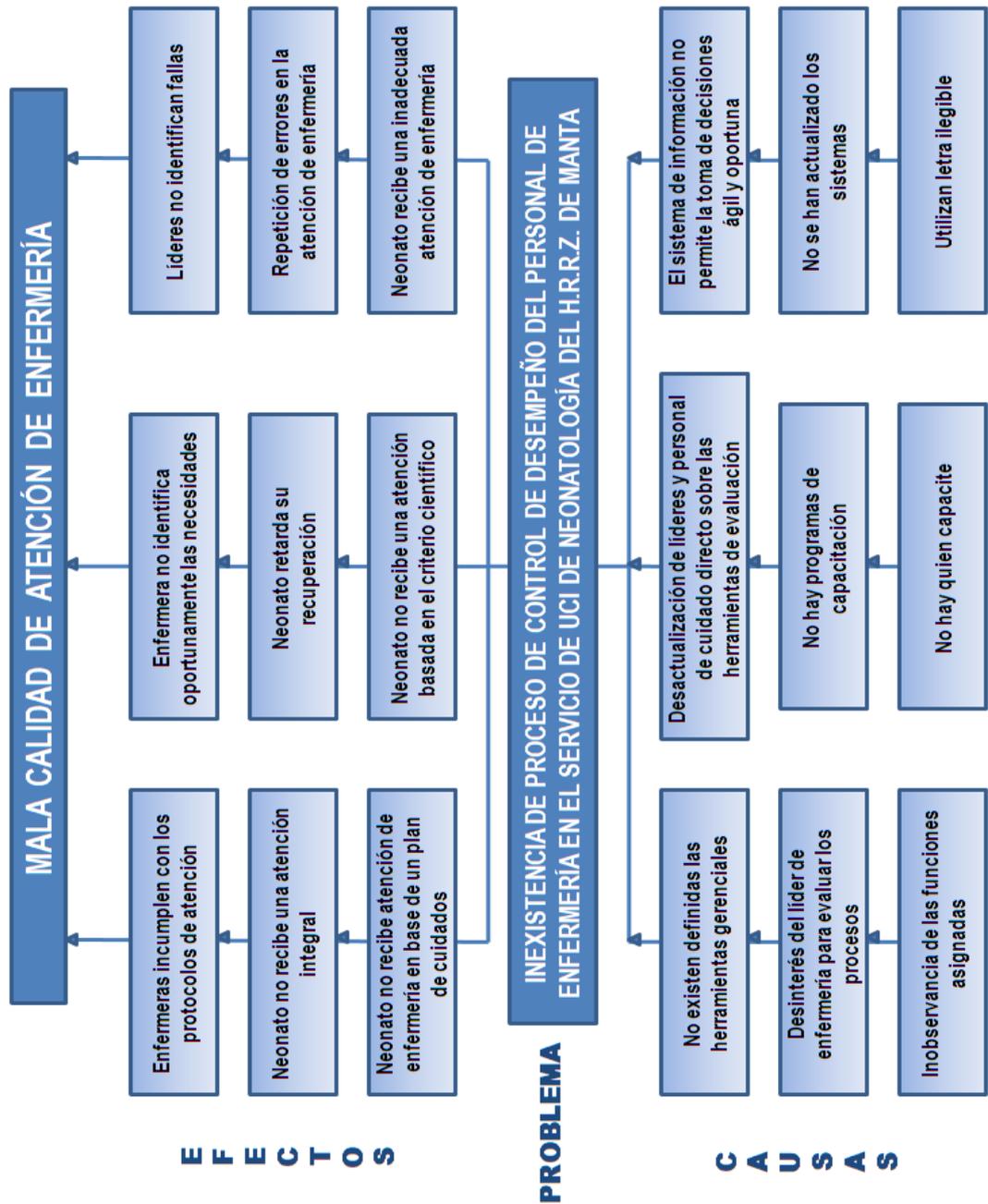
## **8. DISEÑO METODOLÓGICO**

**8.1. ANALISIS DE INVOLUCRADOS**

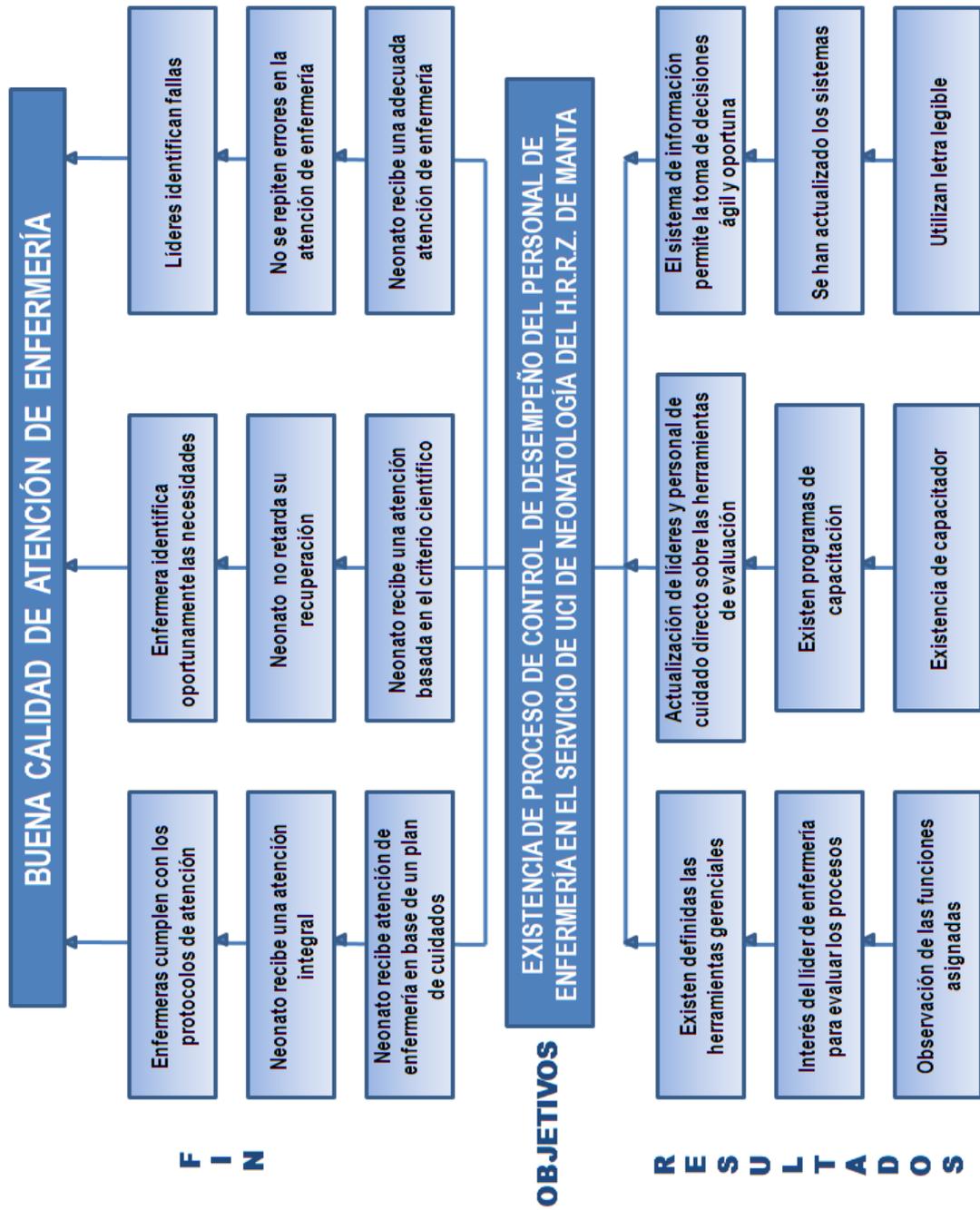
<b>GRUPOS</b>	<b>INTERESES</b>	<b>RECURSOS Y MANDATOS</b>	<b>PROBLEMAS</b>
1. DIRECTOR DE LA INSTITUCION	Mejorar la calidad de atención de neonato.	<b>R:</b> Humano y material. <b>M:</b> Art.35 dirige y coordina el plan operativo.	Insuficiente calidad de atención. Personal incumple con normas y protocolos.
2. COORDINADORA DE ENFERMERÍA	Atender las necesidades del usuario de neonatología en los cuidados de enfermería.	<b>R:</b> Humano y material. <b>M:</b> Art.193 coordina las acciones de enfermería en diferentes servicios.	Desinterés para el personal. No se realizan evaluaciones de personal.
3. LIDER DE NEONATOLOGÍA	Mejorar la calidad de atención de enfermería.	<b>R:</b> Humano y material. <b>M:</b> Art.181 lidera el servicio para mejor funcionamiento.	Desinterés del talento humano. Personal incumple su turno. Personal desmotivado. Personal no es evaluado.

GRUPOS	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS
4. JEFE DE MANTENIMIENTO	Entregar de manera adecuada los recursos materiales y funcionamiento de equipo en neonatología	<b>R:</b> Humano y material y económico. <b>M:</b> Art.9 se encarga del mantenimiento de los equipos del área	Poca coordinación por el personal de Neonatología Dificultad de compra inmediatas. Mala calidad de atención del personal.
5. PERSONAL DE NEONATOLOGIA	Brindar atención integral a los RN que nacen en la institución y fuera de ella.	<b>R:</b> Humano y material. <b>M:</b> Art. 50 el estado adopta las medidas que aseguren a los niños y adolescentes	Incumplimiento de normas y protocolo. Desmotivación por parte de autoridades
MAESTRANTE	Colaborar en la recuperación del neonato.	<b>R:</b> Humano, material y financiero. <b>M:</b> Bajo reglamento generales de la UTPL.	Incompleta instrucción gerencial. Pésimo involucramiento del personal y autoridades.

8.2. ÁRBOL DE PROBLEMAS



8.3. ÁRBOL DE OBJETIVOS



#### 8.4. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

**PROBLEMÁTICA:** Ausencia de medición de resultados de enfermería

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p><b>FIN:</b></p> <p>Contribuir al mejoramiento de la calidad de enfermería en el servicio de cuidados intensivos neonatológicos.</p>			
<p><b>PROPÓSITO:</b></p> <p>Implementar el proceso de control de desempeño del personal de enfermería del H.R.R.Z. de Manta.</p>	<p>Al 30 de julio del 2011, el 80% del proceso de control de desempeño del personal de enfermería implementado.</p>	<p>Informes de control.</p>	<p>Equipo de salud de enfermería involucrado en el proyecto.</p>

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>RESULTADOS</b> 1. Herramientas gerenciales de control diseñadas y aplicándose.	Al 15 de junio del 2011, manual de herramientas gerenciales de control diseñada en un 100%. Al 30 de julio de 2011, herramientas gerenciales aplicadas en un 100%.	Manual.  Observación del cumplimiento de protocolos.	Líderes del servicio participando en la elaboración del manual.  Participación de la líder del servicio.
2. Líderes y personal de cuidado directo actualizado en las herramientas gerenciales de control.	Al 30 de junio del 2011, el 100% de líderes capacitadas	Lista de asistencia de evaluación.	Participación del personal en la capacitación.
3. Sistema de información revisado para brindar facilidades en la toma de decisiones.	Al 15 de julio del 2011, el 100% del sistema de información revisado	Formularios diseñados.	Equipo de salud participa en la revisión del sistema de información.

ACTIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<b>RESULTADO N° 1</b>			
1.1 Elaboración y envío de oficio a las autoridades del hospital.	Material. Humano Económico \$20.00	Marzo del 2011	
1.2. Entrevista con el director del hospital para conocer los problemas que se presentan en el área de neonatología.	Material. Humano. Económico\$10.00	6 de marzo del 2011	Maestrante.
1.3. Entrevista con la coordinadora de enfermería para darle a conocer el proyecto de tesis aplicable en el área de neonatología.	Material. Humano. Económico \$20.00	10 de marzo del 2011	Maestrante.
1.4. Entrevista con la líder del área para comunicar el proyecto que se puede aplicar y mejorar los inconvenientes presentados en el área.	Humano. Material. Oficio. Económico\$20.00	8 de marzo del 2011	Maestrante.
1.5. Firma de acta de compromiso por autoridades del hospital, para colaborar en el proyecto.	Humano. Material. Oficio. Económico \$20.00	12 de marzo del 2001	Maestrante.
16. Selección de los protocolos de atención.	Humano. Material. Oficio. Económico \$20.00	Abril del 2011	Maestrante.
1.7. Elaboración con la líder del servicio, el manual de proceso de control del desempeño del personal de enfermería de UCI de neonatología.	Humano. Material. Oficio. Económico \$20.00	Mayo del 2011	Maestrante.
1.8. Revisión del manual.	Humano. Material. Oficios. Económico\$30.00	Mayo del 2011	Maestrante.
1.9. Aprobación del manual	Económico \$30.00	Junio del 2011	

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>RESPONSABLE</b>
<b>RESULTADO N° 2</b>			
2.1. Reunión con la coordinadora de gestión de enfermería para informar capacitación sobre las herramientas gerenciales.	Humano. Material. Manual de herramientas. Económico \$5.00	15 de julio 2011	Maestrante Coordinadora de gestión.
2.2. Reunión con la líder de enfermería para informar de la capacitación sobre el proceso de control del desempeño del personal.	Humano. Material. Manual de herramientas. Económico \$10.00	15 de julio 2011	Maestrante Coordinadora de gestión
2.3. Diseñar invitación para la capacitación.	Humano. Material. Económico \$6.00	19 de julio del 2011	Maestrante
2.4. Ejecución de la evaluación.	Humano. Material. Económico \$80.00	22 de julio del 2011	Maestrante. Personal de enfermería.
2.5. Evaluación de la capacitación.	Humano. Material. Económico \$80.00 Herramientas.	26-27 de julio del 2011	Maestrante. Personal de enfermería.
<b>RESULTADO N° 3</b>			
3.1. Revisión de las fuentes de información.	Humano. Material. Económico \$30.00	28 de julio del 2011	Maestrante
3.2. Discusión sobre rayado de cuaderno donde anota trabajo diario.	Humano. Material Económico \$20.00	29 de julio del 2011	Maestrante
3.3. Revisión de informes estadísticos.	Humano. Material. Económico \$30.00	Julio del 2011	Maestrante
3.4. Reunión con el personal para informarle cambios en los registros.	Humano. Material. Económico \$50.00	30 de julio del 2011	Maestrante.
3.5. Monitoreo del uso de los registros.	Humano. Material. Económico \$20.00	30-31 de julio del 2011	Maestrante.

## **9. RESULTADOS**

## RESULTADO N° 1

### HERRAMIENTAS GERENCIALES DE CONTROL DISEÑADAS Y APLICÁNDOSE

1.1. *Elaboración y envío de oficios a las autoridades del Hospital.*-Estos oficios fueron enviados al Director del Hospital, Subdirector, Coordinadora de Gestión de Enfermería, Líder de Enfermería de Neonatología en el mes de marzo del 2011, para dar a conocer la actividad como Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, y de la obtención de mi Título de Magister en Gerencia de Salud. Se logró involucrarlos en el proyecto.

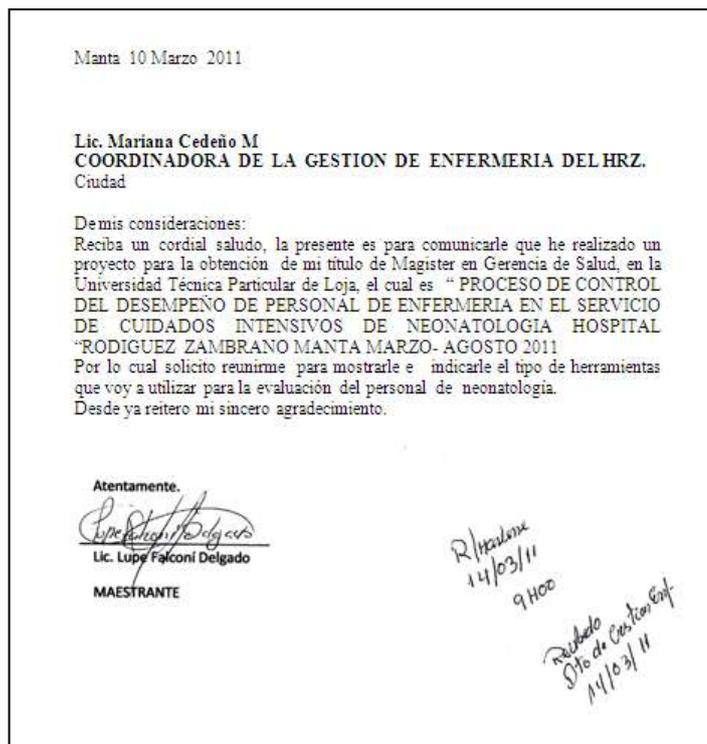


**1.2. Entrevista con el Director del Hospital para conocer los problemas que se presentan en el área de neonatología.-** Esta reunión se efectuó el 6 de marzo del 2011, tuvo como finalidad dar a conocer la actividad como maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, se dialoga sobre los problemas identificados en el área, que no hay una herramienta de proceso de control de desempeño del personal. Se concluye con la aceptación del Director.

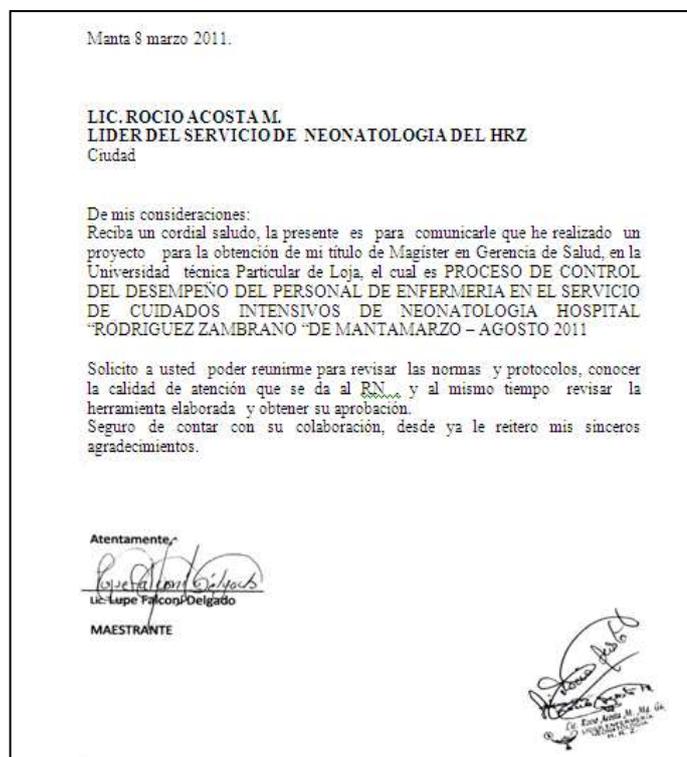


**1.3. Entrevista con la Coordinadora de enfermería para darle a conocer el proyecto de tesis aplicable en el área de neonatología.-** Esta reunión se efectuó el 10 de marzo del 2011, para dar a conocer el proyecto de tesis, como Maestrante de la Universidad Técnica particular de Loja, como requisito de la obtención del título de Magister en gerencia en salud.

Se cumplió con la aceptación de la Coordinadora de gestión de enfermería, la misma que ofreció su ayuda para la elaboración del manual de herramientas de gestión.



**1.4. Entrevista con la líder del área para comunicar el proyecto que se puede aplicar y mejorar los inconvenientes presentados en el área.-** Esta reunión se efectuó el 8 de marzo del 2011 para comunicar del proyecto de tesis, el mismo que fue aceptado.



**1.5. Firma de acta de compromiso por autoridades del Hospital, para colaborar en el proyecto.**-Esta reunión se llevó a cabo con todas las Autoridades: Director, Subdirector Técnico, Coordinadora de Enfermería, Líder de Enfermería de Neonatología, Personal de Estadística del Hospital "Rafael Rodríguez Zambrano", el día 12 de marzo del 2011 aceptando colaborar con el proyecto.



1.6. **Selección de los protocolos de atención.**-Esta reunión se llevó a cabo en el mes de abril con la Líder de Neonatología para revisión las normas y protocolos existentes, seleccionar los protocolos de atención y seleccionar los protocolos para la elaboración de las herramientas gerenciales de enfermería de monitoreo y evaluación del desempeño del personal de enfermería como son: síndrome de distrés respiratorio, membrana hialina, prematuro, peso bajo, hipoglicemia, sepsis neonatal, hiperbilirrubinemia, neumonía, con estas patologías se elaboran los procesos de control.

1.7. **Elaborar con la líder del servicio el manual de herramientas de evaluación y monitoreo.**-En el mes de mayo del 2011 se elabora con la líder de Enfermería del servicio de neonatología el Manual de Proceso de control del desempeño de Enfermería,

la cual sirve de mucho aporte, el cual se encuentra las actividades estandarizadas, y así dar una buena atención al recién nacido.

**1.8. Revisión del manual.**-El Manual de Procesos de Control del Desempeño del personal de Enfermería fue revisado el 26 de mayo 2011, por la Líder del servicio de Neonatología.

Dicho proyecto fue aceptado, esperando que sea de ayuda para dar una mejor calidad de atención al recién nacido.



**1.9. Aprobación del manual.**-El 6 de junio del 2011 fue revisado y aprobado por las autoridades de la Institución: Director, Subdirector Coordinadora de Gestión y Líder del servicio de neonatología, Manifestando la respectiva ejecución de estas herramientas, y

así poder evaluar el desempeño del personal de Enfermería de UCI de neonatología. El proyecto fue aprobado por las Autoridades de la Institución.

Manta 6 Junio 2011

**Sr. Dr. Victor Manuel Traverso**  
**Sub-Director Técnico del Hospital Rodriguez Zambrano de Manta.**

De mis consideraciones:  
Por medio del presente comunico a usted, que he realizado Los PROCESO DE CONTROL DE DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEONATOLOGIA HOSPITAL "RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA MARZO - AGOSTO 2011, al mismo tiempo comunicarle a usted que voy a aplicarlas a partir de julio del presente año.  
Como requisito para la obtención de titulo de Magister en Gerencia de Salud en la Universidad Técnica Particular de Loja.

Desde ya reitero mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,

  
Lcda. Lupe Falconi D  
MAESTRANTE



  
DIRECTOR DEL HOSPITAL  
FNCA FAD C

**RESULTADO N°2****LÍDERES Y PERSONAL DE CUIDADO DIRECTO ACTUALIZADO EN LAS  
HERRAMIENTAS GERENCIALES DE CONTROL**

**2.1. Reunión con la Coordinadora de gestión de enfermería para informar sobre la capacitación de herramientas gerenciales.**-El 15 de julio del 2011,se llevó acabo la reunión con la Coordinadora de Gestión de Enfermería, para informarle sobre la capacitación que se va llevar a cabo el 22 de julio 2011.

Se concluye con la aceptación de la Coordinadora de Gestión de Enfermería.

Manta 15 de julio del 2011

**Lic. Mariana Cedeño de Centeno**  
**COORDINADORA DE GESTION DE ENFERMERIA DEL HRZ**

De mis consideraciones  
Por medio del presente comunico a usted que voy a aplicar el proceso de control del desempeño del personal de enfermería en el área de neonatología, como requisito para la obtención del título de Magister en Gerencia de Salud y cuyo título es, PROCESO DE CONTROL DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEONATOLOGIA HOSPITAL "RODRIGUEZ ZAMBRANO" DE MANTA MARZO-AGOSTO 2011  
El cual se llevara a efecto el día 26 y 27 de julio del 2011.

Atentamente,  
  
Lic. Lupe Fajón Delgado.  
MAESTRANTE.

*Rthaisa  
Yobai  
9/10*

*Deborah  
Elio Esteban  
Quality care*

**2.2. Reunión con la Líder de Enfermería para informar sobre la capacitación sobre el proceso del control del desempeño del personal.-** Se mantuvo reunión con la Líder del Servicio de Neonatología el 15 de julio 2011, para dar a conocer de la terminación de la herramienta del proceso de control del desempeño del personal, y al mismo tiempo comunicarle de la capacitación que se va llevar a efecto el 22 de julio del 2011.

Se concluye con la aceptación de la Líder de Enfermería



**2.3. Diseñar la invitación para la capacitación.-**El 19 de julio del 2011, se diseña la invitación para la capacitación del personal de enfermería, el mismo que se da a conocer

con el oficio que se entrega el 15 de julio a la Líder de Neonatología. El diseño de la invitación fue aceptado por la Líder y el personal de neonatología.



**2.4. Ejecución de la capacitación.**-El 22 de julio 2011 a las 10h30 en el servicio de neonatología se llevó acabo la capacitación de las herramientas de proceso de control del desempeño del personal de enfermería con un 80% de asistencia, tanto del personal enfermería como de auxiliares, se realiza un pre test y un post test de conocimiento.

Se concluye con la aceptación de líder y del personal de enfermería, se brinda un refrigerio al personal.

**2.5. Evaluación de la capacitación.**-Este monitoreo y evaluación del desempeño del personal se llevó a cabo los días 26y 27 de julio de 2011 realizando un muestreo de los 3 turnos de rotación del personal tanto de licenciadas como de auxiliares de enfermería.La cual tuvo una aceptación del personal evaluado.

NOMBRE: Rocio Acosta  
 AREA: Necroscopia UCI FECHA: 27 Julio 2011  
 FUNCION: León Enfermera

HERRAMIENTA DE MONITOREO Y EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA			
PROCESO 2.- MEMBRANA HIALINA			
PROCEDIMIENTO	SI	NO	# DE VECES
• Lavado de Manos	✓		Alina Herrera S-C UCCU
• Recepción del RN en termo cuna	✓		
• Colocar oxigenoterapia por nápod	✓		
• Control de signos vitales	✓		Alina Herrera C/3H
• Monitoreo del RN saturación de oxígeno	✓		C/3H
• Control de peso	✓		Alina Herrera
• Toma de medidas antropométricas	✓		Alina Herrera C/3H
• Canalizar vía	✓		C/3H Alina Herrera
• Administración de medicación IV	✓		C/3H Alina Herrera
• Colocar sonda oro gástrica al RN	✓		Alina Herrera
• Control de residuo gástrico	✓		C/3H
• Toma de muestra de examen de laboratorio	✓		Alina Herrera
• Toma de muestra de hemocultivo con resina	✓		Alina Herrera
• Toma de muestra de glicemia capilar	✓		C/3H Alina Herrera
• Control de ingesta y eliminación	✓		C/3H
• Toma de RX	✓		Alina Herrera
• Curación de ombligo	✓		C/3H





exámenes, placa, actividades de enfermería, constatando que sí se aplica como está establecido.

Nota: En el mes de febrero se realizaron todas las actividades previas necesarias para la ejecución del proyecto entre ellas, el diagnóstico participativo y el diseño de la planificación (ver anexos).

## **EVALUACION DE LOS INDICADORES CON LOS RESULTADOS**

### **RESULTADO N° 1.- HERRAMIENTAS GERENCIALES DE CONTROL DISEÑADAS Y APLICÁNDOSE**

#### **INDICADOR:**

- Al 15 de junio del 2011, manual de herramientas gerenciales de control diseñado en un 100%.

Contando con la participación de los líderes del servicio se diseñó el 100% del manual.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD  
PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**PROGRAMA DE EVALUACION Y MONITOREO DEL  
DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL AREA  
DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEONATOLOGIA DEL  
HOSPITAL "RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO" DE MANTA**

2010 - 2011

**INTRODUCCION.-** El presente manual de proceso de control del desempeño del personal de enfermería en el servicio de cuidados intensivos de neonatología del Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta, es de gran importancia, debido a que aquí están sobreentendido todos y cada una de las 8 patologías asignadas por el M.S.P. que se atiende en el área de uci con cada uno de los procedimientos básicos y su indicador, que todo profesional de enfermería debe saber y utilizar a la hora de la práctica, y es por esta razón por lo que se elabora para que el personal de la unidad tenga un manual de control de proceso del desempeño de personal de enfermería donde se encuentra estandarizadas los controles del R.N.

Entre las Patologías y procedimientos con su indicador que contiene el manual tenemos:

Síndrome de Distres Respiratorio, Prematuro, Membrana Hialina, Hipoglicemia, Sepsis Neonatal, Hiperbilirrubinemia, Peso Bajo, Neumonía.

Este manual de proceso de control del desempeño de enfermería, servirá de guía útil, tanto para el personal como para otras personas que necesiten de esta información.

**JUSTIFICACION.-** El manual se vuelve indispensable por la ausencia de un instrumento de técnicas y procedimientos en la unidad de neonatología. Además sirve como guía para el personal de enfermería

***OBJETIVO GENERAL***

Elaborar un manual de proceso de control del desempeño del personal de Enfermería, que sirva de guía útil al personal de Enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos de neonatología del Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta.

***OBJETIVOS ESPECIFICOS***

- Seleccionar las patologías más frecuentes en cuidados intensivos.
- Describir los procedimientos de Enfermería de cada patología más utilizada en la unidad de cuidados intensivos de neonatología.
- Conseguir que el personal se interese en la lectura de este manual
- Tratar que de manera general todo el personal cumpla con las técnicas descritas en el manual
- Proporcionar la guía de información al personal de Enfermería que ingresa al servicio de neonatología del Hospital R Rodríguez Zambrano de Manta.

**PROCESO DE CONTROL DEL DESEMPEÑO DE ENFERMERIA.-  
EVALUAR EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE  
CADA PROCEDIMIENTO, EN CADA PATOLOGÍA DE UCI NEONATAL**

**SINDROME DISTRESS RESPIRATORIO.-** Se define como trastorno respiratorio Del RN a una serie de patologías Caracterizadas por taquipnea (FR>60rpm) Cianosis central (generalizada), quejido Espiratorio y/o retracciones subcostales o subxifoideas.

**OBJETIVO.-** Mejorar la dificultad respiratoria del RN cumpliendo los protocolos de atención que se debe aplicar en un paciente con síndrome de distres respiratorio, con la ayuda de los recursos, físicos tecnológicos y profesional con los que cuenta el área.

**PROCESO.-** Obtener los registros de evaluación de los procesos aplicados a RN con síndrome de distrés respiratorio.

**INDICADOR**

<b>RELACION OPERATIVA</b>	<b>FUENTE</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>ESTANDAR</b>
# de aplicación correctas de procesos de síndrome distres respiratorio.	Guía de registro.	De 8-9 días.	Nivel de frecuencia del proceso 80%
# de RN con distrés respiratorios.			

<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>		
Lavado de manos	# de veces que se lava correctamente las manos	x	100	100%
	<hr/> Total de veces estandarizadas de lavado			
Recepción del RN en termocuna	# de RN receptados en termocuna	x	100	100%
	<hr/> Total de termocuna disponibles			
Colocar oxigenoterapia por oxipod	Tiempo aplicado en cada RN	x	100	100%
	<hr/> Total del tiempo de aplicación			
Control de signos vitales	# de veces que se toma correctamente los signos vitales	x	100	100%
	<hr/> Total de CSV estandarizadas			
Monitoreo de saturación de O2	Cantidad de saturación del RN	x	100	100%
	<hr/> Total de saturación del RN estandarizada			
Vigilancia de la Canalización de vía	# de vías vigilancias aplicadas a la vía	x	100	100%
	<hr/> Total de vigilancia x hora			
Administración de medicación IV	# de veces que se administra correctamente la medicación	x	100	100%
	<hr/> Total de medicamentos administrados IV			
Control del Peso	# de tomas de Peso en el RN	x	100	100%
	<hr/> Total de controles de Peso en el RN estandarizados			

Tomas de medidas antropométricas	$\frac{\# \text{ de tomas de medidas antropométricas}}{\text{Total de controles de medidas antropométricas estandarizados}}$	x	100	100%
Colocación de sonda orogástrica	$\frac{\# \text{ de sondas orogástrica aplicadas correctamente}}{\text{Total de RN con necesidad de sonda orogástrica}}$	x	100	100%
Control de residuo gástrico	$\frac{\# \text{ de controles realizados de residuos gástricos}}{\text{Total de controles de residuos gástricos estandarizados}}$	x	100	100%
Toma de muestra de laboratorio	$\frac{\# \text{ de veces que se toma correctamente la muestra de laboratorio}}{\text{Total de muestras para laboratorio}}$	x	100	100%
Muestra de hemocultivo con resina.	$\frac{\# \text{ de veces que se toma correctamente muestra de hemocultivo con resina}}{\text{Total de veces muestra estandarizada}}$	x	100	100%
Control de glicemia	$\frac{\# \text{ de veces que se controla correctamente la glicemia}}{\text{Total de veces muestra de glicemia estandarizada}}$	x	100	100%
Control de ingesta y eliminación	$\frac{\# \text{ de controles realizados de ingesta y eliminación}}{\text{Total de controles de ingesta y eliminación estandarizadas}}$	x	100	100%
Tomas de Rx	$\frac{\# \text{ de veces que se toma una Rx a un RN}}{\text{Total de Rx estandarizado}}$	x	100	100%

$$\text{Curación de ombligo} = \frac{\text{\# de veces que se cura correctamente ombligo}}{\text{Total de curaciones estandarizada}} \times 100 = 100\%$$

### CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE MEMBRANA HIALINA

**MEMBRANA HIALINA.-** El síndrome de insuficiencia respiratoria es un trastorno que ocurre en recién nacidos inmaduros, se caracterizan por una afección respiratoria progresiva y con frecuencia mortal, debida a atelectasia e inmadurez de los pulmones.

**OBJETIVO.-** Proporcionar medidas para aliviar la insuficiencia respiratoria del RN, aplicando protocolos existentes y de esta manera asegurar estabilidad y el mejoramiento de la salud del RN.

**PROCESO.-** Obtener los resultados de las evaluaciones aplicadas al personal de enfermería y tomar datos de la historia clínica tanto del RN como de la madre para tener un diagnóstico más detallado que ayudara a determinar el grado de observancia y los cuidados que necesite el RN.

#### INDICADOR

RELACION OPERATIVA	FUENTE	PERIODICIDAD	ESTANDAR
# de aplicación correctas de procesos de membrana hialina.	Guía de registro.	De 3 – 5 días.	Nivel de frecuencia del proceso 80%
# de RN con membrana hialina.			

<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>	
Lavado de manos	# de veces que se lava correctamente las manos	x 100	100%
	<hr/> Total de veces estandarizadas de lavado		
Recepción del RN en termocuna	# de RN receptados en termocuna	x 100	100%
	<hr/> Total de termocuna disponibles		
Colocar oxigenoterapia por oxipod	Cantidad de saturación del RN	x 100	100%
	<hr/> Total de saturación del RN estandarizadas		
Control de signos vitales	# de veces que se toma correctamente los signos vitales	x 100	100%
	<hr/> Total de CSV estandarizadas		
Monitoreo de saturación de O2	Cantidad de saturación del RN	x 100	100%
	<hr/> Total de saturación del RN estandarizados		
Canalización de vía	# de vías aplicadas correctamente	x 100	100%
	<hr/> Total de RN canalizados		
Administración de medicación IV	# de veces que se administra correctamente la medicación	x 100	100%
	<hr/> Total de medicamentos administrados IV		
Control del Peso	# de tomas de Peso en el RN	x 100	100%
	<hr/> Total de controles de Peso en el RN estandarizados		

Tomas de medidas antropométricas	# de tomas de medidas antropométricas	$\frac{x}{100}$	100%
	Total de controles de medidas antropométricas estandarizados		
Colocación de sonda orogastrica	# de sondas orogastrica aplicadas correctamente	x 100	100%
	Total de RN con necesidad de sonda orogastrica		
Control de residuo gástrico	# de controles realizados de residuos gástricos	x 100	100%
	Total de controles de residuos gástricos estandarizados		
Toma de muestra de laboratorio	# de veces que se toma correctamente la muestra de laboratorio	x 100	100%
	Total de muestras para laboratorio		
Muestra de hemocultivo con resina.	# de veces que se toma correctamente muestra de hemocultivo con resina	x 100	100%
	Total de veces muestra estandarizada		
Control de glicemia	# de veces que se controla correctamente la glicemia	x 100	100%
	Total de veces muestra de glicemia estandarizada		
Control de ingesta y eliminación	# de controles realizados de ingesta y eliminación	x 100	100%
	Total de controles de ingesta y eliminación estandarizadas		
Tomas de Rx	# de veces que se toma una Rx a un RN	x 100	100%
	Total de Rx estandarizada		

$$\text{Curación de ombligo} = \frac{\text{\# de veces que se cura correctamente ombligo}}{\text{Total de curaciones estandarizada}} \times 100 = 100\%$$

### CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE HIPOGLICEMIA

**HIPOGLICEMIA.-** Se define como una baja concentración de glucosa en sangre (< 20 mg /dl, neonato a término menor <30 mg /dl, niño pequeño < 40 mg /dl, niños mayores <50 mg /dl).

**OBJETIVO.-** Mantener en el RN los valores normales de azúcar en sangre, mediante el control de la lactancia materna y los protocolos existentes, buscando además que el familiar llegue a conocer su problema y de esta forma poder controlarlo.

**PROCESO.-** Basados en los controles de glicemia del RN y en los registros de la historia clínica conjuntamente con la evaluación aplicada para poder tener datos específicos de este problema.

#### INDICADOR

RELACION OPERATIVA	FUENTE	PERIODICIDAD	ESTANDAR
# de aplicación correctas de procesos de hipoglicemia.	Guía de registro.	De 8 – 15 días.	Nivel de frecuencia del proceso 80%
# de RN con hipoglicemia.			

<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>		
Lavado de manos	# de veces que se lava correctamente las manos	x	100	100%
	<hr/> Total de veces estandarizadas de lavado			
Recepción del RN en termocuna	# de RN receptados en termocuna	x	100	100%
	<hr/> Total de termocuna disponibles			
Colocar oxigenoterapia por oxipod	Cantidad de saturación del RN	x	100	100%
	<hr/> Total de saturación del RN estandarizadas			
Control de signos vitales	# de veces que se toma correctamente los signos vitales	x	100	100%
	<hr/> Total de CSV estandarizadas			
Monitoreo de saturación de O2	Cantidad de saturación del RN	x	100	100%
	<hr/> Total de saturación del RN estandarizados			
Canalización de vía	# de vías aplicadas correctamente	x	100	100%
	<hr/> Total de RN canalizados			
Administración de medicación IV	# de veces que se administra correctamente la medicación	x	100	100%
	<hr/> Total de medicamentos administrados IV			
Control del Peso	# de tomas de Peso en el RN	x	100	100%
	<hr/> Total de controles de Peso en el RN estandarizados			
Tomas de medidas antropométricas	# de tomas de medidas antropométricas	x	100	100%
	<hr/> Total de controles de medidas antropométricas estandarizados			

Colocación de sonda orogástrica	# de sondas orogástrica aplicadas correctamente	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de RN con necesidad de sonda orogástrica			
Control de residuo gástrico	# de controles realizados de residuos gástricos	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de controles de residuos gástricos estandarizados			
	Total de muestras para laboratorio			
Muestra de hemocultivo con resina.	# de veces que se toma correctamente muestra de hemocultivo con resina	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de veces muestra estandarizada			
Control de glicemia	# de veces que se controla correctamente la glicemia	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de veces muestra de glicemia estandarizada			
Control de ingesta y eliminación	# de controles realizados de ingesta y eliminación	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de controles de ingesta y eliminación estandarizados			
Tomas de RX	# de veces que se toma una Rx a un RN	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de Rx estandarizada			
Curación de ombligo	# de veces que se cura correctamente ombligo	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de curaciones estandarizada			

## CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE PSEPSIS NEONATAL

**SEPSIS NEONATAL.-** La sepsis neonatal es una infección generalizada que puede ocurrir en el recién nacido. Se caracteriza por la proliferación de bacterias en el torrente sanguíneo y afecta con frecuencia las meninges.

**OBJETIVO.-** Asegurar que se inicie de inmediato y correctamente la evaluación y las pruebas de diagnóstico para evitar la transmisión de la infección a los demás RN, administrado la antibioterapia prescrita para controlar la infección.

**PROCESO.-** En base del diagnóstico médico y los registros de historia clínica y por medio de los resultados de laboratorio que se le realizan, conjuntamente con los signos y síntomas que presenta el RN

### **INDICADOR**

<b>RELACION OPERATIVA</b>	<b>FUENTE</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>ESTANDAR</b>
# de aplicación correctas de procesos de sepsis neonatal.	Guía de registro.	De 6 - 8 días.	Nivel de frecuencia del proceso 80%
# de RN con sepsis neonatal.			

<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>		
Lavado de manos	# de veces que se lava correctamente las manos	x	100	100%
	<hr/> Total de veces estandarizadas de lavado			
Recepción del RN en termocuna	# de RN receptados en termocuna	x	100	100%
	<hr/> Total de termocuna disponibles			
Colocar oxigenoterapia por oxipod	Cantidad de saturación del RN	x	100	100%
	<hr/> Total de saturación del RN estandarizados			
Control de signos vitales	# de veces que se toma correctamente los signos vitales	x	100	100%
	<hr/> Total de CSV estandarizadas			
Monitoreo de saturación de O2	Cantidad de saturación del RN	x	100	100%
	<hr/> Total de saturación del RN estandarizados			
Canalización de vía	# de vías aplicadas correctamente	x	100	100%
	<hr/> Total de RN canalizados			
Administración de medicación IV	# de veces que se administra correctamente la medicación	x	100	100%
	<hr/> Total de medicamentos administrados IV			
Control del Peso	# de tomas de Peso en el RN	x	100	100%
	<hr/> Total de controles de Peso en el RN estandarizados			
Tomas de medidas antropométricas	# de tomas de medidas antropométricas	x	100	100%
	<hr/> Total de controles de medidas antropométricas estandarizados			

Colocación de sonda orogástrica	# de sondas orogástrica aplicadas correctamente	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de RN con necesidad de sonda orogástrica			
Control de residuo gástrico	# de controles realizados de residuos gástricos	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de controles de residuos gástricos estandarizados			
Toma de muestra de laboratorio	# de veces que se toma correctamente la muestra de laboratorio	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de muestras para laboratorio			
Muestra de hemocultivo con resina.	# de veces que se toma correctamente muestra de hemocultivo con resina	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de veces muestra estandarizada			
Control de glicemia	# de veces que se controla correctamente la glicemia	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de veces muestra de glicemia estandarizada			
Control de ingesta y eliminación	# de controles realizados de ingesta y eliminación	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de controles de ingesta y eliminación estandarizados			
Tomas de RX	# de veces que se toma una RX a un RN	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de RX estandarizada			
Curación de ombligo	# de veces que se cura correctamente ombligo	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de curaciones estandarizada			

## CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE HIPERBILIRRUBINEMIA

**HIPERBILIRRUBINEMIA.-** (Ictericia) en recién nacidos es la acumulación de bilirrubina sérica arriba de los valores normales.

**OBJETIVO.-** Mantener los valores normales de bilirrubina en el RN y controlarlos por medio de los exámenes de laboratorio, aplicando fototerapia con seguridad y en forma adecuada, mantener informado al familiar para que tenga conocimiento del problema que está presentando el RN.

**PROCESO.-** Por resultados de exámenes de laboratorio, considerando los valores de bilirrubina directa e indirecta, signos y síntomas diagnosticado por el médico y la información entregada por el personal mediante las evaluaciones aplicadas.

### INDICADOR

RELACION OPERATIVA	FUENTE	PERIODICIDAD	ESTANDAR
# de aplicación correctas de procesos de hiperbilirrubinemia.	Guía de registro.	De 6 - 8 días.	Nivel de frecuencia del proceso 80%
# de RN con hiperbilirrubinemia.			

<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>	
Lavado de manos	# de veces que se lava correctamente las manos <hr/> Total de veces estandarizados de lavado	x 100	100%
Recepción del RN en termocuna	# de RN receptados en termocuna <hr/> Total de termocuna disponibles	x 100	100%
Fototerapia	# de veces que se aplica correctamente fototerapia. <hr/> Total de RN que necesitan fototerapia	x 100	100%
Protección ocular	# de veces que se aplica protección ocular <hr/> Total de RN que necesitan fototerapia	x 100	100%
Toma de muestra de laboratorio	# de veces que se toma correctamente la muestra de laboratorio <hr/> Total de muestras para laboratorio	x 100	100%
Muestra de hemocultivo con resina.	# de veces que se toma correctamente muestra de hemocultivo con resina <hr/> Total de veces muestra estandarizada	x 100	100%
Control de signos vitales	# de veces que se toma correctamente los signos vitales <hr/> Total de CSV estandarizadas	x 100	100%
Canalización de vía	# de vías aplicadas correctamente <hr/> Total de RN canalizados	x 100	100%
Administración de medicación IV	# de veces que se administra correctamente la medicación <hr/> Total de medicamentos administrados IV	x 100	100%

Control del Peso	# de tomas de Peso en el RN	x	100	100 %
	<hr/>			
	Total de controles de Peso en el RN estandarizados			
Tomas de medidas antropométricas	# de tomas de medidas antropométricas	x	100	100 %
	<hr/>			
	Total de controles de medidas antropométricas estandarizados			
Control de glicemia	# de veces que se controla correctamente la glicemia	x	100	100 %
	<hr/>			
	Total de veces muestra de glicemia estandarizada			
Control de ingesta y eliminación	# de controles realizados de ingesta y eliminación	x	100	100 %
	<hr/>			
	Total de controles de ingesta y eliminación estandarizados			
Tomas de RX	# de veces que se toma una RX a un RN	x	100	100 %
	<hr/>			
	Total de RX estandarizada			
Curación de ombligo	# de veces que se cura correctamente ombligo	x	100	100 %
	<hr/>			
	Total de curaciones estandarizada			
Baño del RN	# de veces que se realiza Baño de RN	x	100	100 %
	<hr/>			
	Total de Baño estandarizado			
Alimentación por vía oral	# de veces que se alimenta	x	100	100 %
	<hr/>			
	Total de alimentación estandarizada			

### CUMPLIMIENTO DE PROCESO DE PESO BAJO

**PESO BAJO.-** Se define como peso bajo al RN con peso menor de 2500 gramos.

**OBJETIVO.-** Valorar y anotar con precisión todos los días el peso y vigilar la longitud y circunferencia de la cabeza, buscando que el RN llegue a su peso normal, proporcionando una nutrición adecuada y conservarla para permitir un crecimiento y desarrollo, aplicando protocolos de atención.

**PROCESO.-** Registro de peso y talla del RN, la evolución médica, revisión de historia clínica.

#### INDICADOR

RELACION OPERATIVA	FUENTE	PERIODICIDAD	ESTANDAR
# de aplicación correctas de procesos de peso bajo.	Guía de registro.	De 20 – 30 días.	Nivel de frecuencia del proceso 80%
# de RN con peso bajo.			

<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>		
Lavado de manos	# de veces que se lava correctamente las manos <hr/> Total de veces estandarizadas de lavado	x	100	100%
Recepción del RN en termocuna	# de RN receptados en termocuna <hr/> Total de termocuna disponibles	x	100	100%
Colocar oxigenoterapia por oxipod	Cantidad de saturación del RN <hr/> Total de saturación del RN estandarizados	x	100	100%
Control de signos vitales	# de veces que se toma correctamente los signos vitales <hr/> Total de CSV estandarizadas	x	100	100%
Monitoreo de saturación de O2	Cantidad de saturación del RN <hr/> Total de saturación del RN estandarizados	x	100	100%
Canalización de vía	# de vías aplicadas correctamente <hr/> Total de RN canalizados	x	100	100%
Administración de medicación IV	# de veces que se administra correctamente la medicación <hr/> Total de medicamentos administrados IV	x	100	100%
Control del Peso	# de tomas de Peso en el RN <hr/> Total de controles de Peso en el RN estandarizados	x	100	100%
Tomas de medidas antropométricas	# de tomas de medidas antropométricas <hr/> Total de controles de medidas antropométricas estandarizados	x	100	100%

Colocación de sonda orogástrica	# de sondas orogástrica aplicadas correctamente	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de RN con necesidad de sonda orogástrica			
Control de residuo gástrico	# de controles realizados de residuos gástricos	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de controles de residuos gástricos estandarizados			
Toma de muestra de laboratorio	# de veces que se toma correctamente la muestra de laboratorio	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de muestras para laboratorio			
Control de glicemia	# de veces que se controla correctamente la glicemia	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de veces muestra de glicemia estandarizada			
Control de ingesta y eliminación	# de controles realizados de ingesta y eliminación	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de controles de ingesta y eliminación estandarizados			
Tomas de Rx	# de veces que se toma una Rx a un RN	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de Rx estandarizada			
Curación de ombligo	# de veces que se cura correctamente ombligo	x	100	100%
	<hr/>			
	Total de curaciones estandarizada			

## CUMPLIMIENTO DE PROCESO PREMATURO

**RN PREMATURO.-** Se define como prematuro al RN con edad gestacional igual o menor De 37 semanas.

**OBJETIVO.-** Estar pendientes de las complicaciones que puedan ocurrir en prematuros y vigilar los signos iniciales que indican un cambio de su estado, siguiendo los protocolos existentes que buscan la mejoría del RN. Dar apoyo a los padres del prematuro durante su periodo crucial.

**PROCESO.-** Basarse en la evolución médica, historia clínica de la madre durante su periodo de gestación, comparar los resultados de evaluación al personal con las historias clínicas de los casos presentados.

### **INDICADOR**

<b>RELACION OPERATIVA</b>	<b>FUENTE</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>ESTANDAR</b>
# de aplicación correctas de procesos de prematuro.	Guía de registro.	De 6 - 8 días.	Nivel de frecuencia del proceso 80%
# de RN prematuro.			

<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>		
Lavado de manos	$\frac{\# \text{ de veces que se lava correctamente las manos}}{\text{Total de veces estandarizadas de lavado}}$	x	100	100%
Recepción del RN en termocuna	$\frac{\# \text{ de RN receptados en termocuna}}{\text{Total de termocuna disponibles}}$	x	100	100%
Colocar oxigenoterapia por oxipod	$\frac{\text{Cantidad de saturación del RN}}{\text{Total de saturación del RN estandarizados}}$	x	100	100%
Control de signos vitales	$\frac{\# \text{ de veces que se toma correctamente los signos vitales}}{\text{Total de CSV estandarizadas}}$	x	100	100%
Monitoreo de saturación de O <sub>2</sub>	$\frac{\text{Cantidad de saturación del RN}}{\text{Total de saturación del RN estandarizados}}$	x	100	100%
Canalización de vía	$\frac{\# \text{ de vías aplicadas correctamente}}{\text{Total de RN canalizados}}$	x	100	100%
Administración de medicación IV	$\frac{\# \text{ de veces que se administra correctamente la medicación}}{\text{Total de medicamentos administrados IV}}$	x	100	100%
Control del Peso	$\frac{\# \text{ de tomas de Peso en el RN}}{\text{Total de controles de Peso en el RN estandarizados}}$	x	100	100%

Tomas de medidas antropométricas	$\frac{\# \text{ de tomas de medidas antropométricas}}{\text{Total de controles de medidas antropométricas estandarizados}}$	x	100	100%
Colocación de sonda orogástrica	$\frac{\# \text{ de sondas orogástrica aplicadas correctamente}}{\text{Total de RN con necesidad de sonda orogástrica}}$	x	100	100%
Alimentación por sonda orogástrica	$\frac{\# \text{ alimentaciones por sonda orogástrica aplicadas}}{\text{Total de alimentaciones estandarizados}}$	x	100	100%
Control de residuo gástrico	$\frac{\# \text{ de controles realizados de residuos gástricos}}{\text{Total de controles de residuos gástricos estandarizados}}$	x	100	100%
Toma de muestra de laboratorio	$\frac{\# \text{ de veces que se toma correctamente la muestra de laboratorio}}{\text{Total de muestras para laboratorio}}$	x	100	100%
Muestra de hemocultivo con resina.	$\frac{\# \text{ de veces que se toma correctamente muestra de hemocultivo con resina}}{\text{Total de veces muestra estandarizada}}$	x	100	100%
Control de glicemia	$\frac{\# \text{ de veces que se controla correctamente la glicemia}}{\text{Total de veces muestra de glicemia estandarizada}}$	x	100	100%

Control de ingesta y eliminación	$\frac{\text{\# de controles realizados de ingesta y eliminación}}{\text{Total de controles de ingesta y eliminación estandarizados}}$	x	100	100%
Tomas de RX	$\frac{\text{\# de veces que se toma una Rx a un RN}}{\text{Total de Rx estandarizada}}$	x	100	100%
Curación de ombligo	$\frac{\text{\# de veces que se cura correctamente ombligo}}{\text{Total de curaciones estandarizada}}$	x	100	100%

### CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE NEUMONIA

**NEUMONIA.-** Consiste en la inflamación de los alvéolos por una infección viral o bacteriana. Ambas suelen coincidir con infección previa de vías respiratorias superiores.

**OBJETIVO.-** Determinar la gravedad del trastorno respiratorio del RN, realizando una valoración inicial de enfermería tomando como referencia sus signos y síntomas, desarrollar un plan de cuidados basado en, tratamiento médico administrado al RN.

**PROPOSITO.-** Historia clínica del RN, examen físico diagnóstico médico, resultado de laboratorio, resultado de RX, y registros de los RN ingresados en UCI de neonatología.

**INDICADOR**

<b>RELACION OPERATIVA</b>	<b>FUENTE</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>ESTANDAR</b>
# de aplicación correctas de procesos de neumonía .	Guía de registro.	De 8 - 15 días.	Nivel de frecuencia del proceso 80%
# de RN con neumonía.			

<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>
Lavado de manos	$\frac{\text{\# de veces que se lava correctamente las manos}}{\text{Total de veces estandarizadas de lavado}}$	x 100 100%
Recepción del RN en termocuna	$\frac{\text{\# de RN receptados en termocuna}}{\text{Total de termocuna disponibles}}$	x 100 100%
Colocar oxigenoterapia por oxipod	$\frac{\text{Cantidad de saturación del RN}}{\text{Total de saturación del RN estandarizados}}$	x 100 100%
Control de signos vitales	$\frac{\text{\# de veces que se toma correctamente los signos vitales}}{\text{Total de CSV estandarizadas}}$	x 100 100%
Monitoreo de saturación de O2	$\frac{\text{Cantidad de saturación del RN}}{\text{Total de saturación del RN estandarizados}}$	x 100 100%
Canalización de vía	$\frac{\text{\# de vías aplicadas correctamente}}{\text{Total de RN canalizados}}$	x 100 100%

Administración de medicación IV	$\frac{\# \text{ de veces que se administra correctamente la medicación}}{\text{Total de medicamentos administrados IV}}$	x	100	100%
Control del Peso	$\frac{\# \text{ de tomas de Peso en el RN}}{\text{Total de controles de Peso en el RN estandarizados}}$	x	100	100%
Tomas de medidas antropométricas	$\frac{\# \text{ de tomas de medidas antropométricas}}{\text{Total de controles de medidas antropométricas estandarizados}}$	x	100	100%
Colocación de sonda orogástrica	$\frac{\# \text{ de sondas orogástrica aplicadas correctamente}}{\text{Total de RN con necesidad de sonda orogástrica}}$	x	100	100%
Aspiración de secreciones	$\frac{\# \text{ de aspiraciones realizadas en el RN con neumonía}}{\text{Total de controles de aspiraciones estandarizados}}$	x	100	100%
Toma de muestra de laboratorio	$\frac{\# \text{ de veces que se toma correctamente la muestra de laboratorio}}{\text{Total de muestras para laboratorio}}$	x	100	100%
Muestra de hemocultivo con resina.	$\frac{\# \text{ de veces que se toma correctamente muestra de hemocultivo con resina}}{\text{Total de veces muestra estandarizada}}$	x	100	100%
Control de glicemia	$\frac{\# \text{ de veces que se controla correctamente la glicemia}}{\text{Total de veces muestra de glicemia estandarizada}}$	x	100	100%

Control de ingesta y eliminación	$\frac{\text{\# de controles realizados de ingesta y eliminación}}{\text{Total de controles de ingesta y eliminación estandarizados}}$	x	100	100%
Tomas de RX	$\frac{\text{\# de veces que se toma una RX a un RN}}{\text{Total de RX estandarizada}}$	x	100	100%
Curación de ombligo	$\frac{\text{\# de veces que se cura correctamente ombligo}}{\text{Total de curaciones estandarizada}}$	x	100	100%

**IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS CON SUS RESPECTIVOS  
PROCEDIMIENTOS Y STANDARIZACIÓN**

<b>PROCESO 1.- SINDROME DISTRES RESPIRATORIO</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
Lavado de Manos			5-6 veces
Recepción del RN en termo cuna			1
Colocar oxigenoterapia por oxipod			1
Control de signos vitales			c/3 horas
Monitoreo del RN saturación de oxígeno			c/3 horas
Canalizar vía			1
Administración de medicación IV			c/8 o 12 horas
Control de peso			diario
Toma de medidas antropométricas.			1 al principio y cada 8 días
Colocar sonda oro gástrica al RN			1
Control de residuo gástrico			diario

Toma de muestra de examen de laboratorio			1
Toma de muestra de hemocultivo con resina			1
Control de glicemia capilar			c/6horas
Control de ingesta y eliminación			c/turno
Toma de RX			1
Curación de ombligo			c/3 horas

El proceso de atención en el DISTRESS RESPIRATORIO NEONTAL, contiene una serie de procedimientos estandarizados según normas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, además de la participación y aporte de los Médicos tratantes del área.

Para fines prácticos se elaboró una lista de chequeo del proceso, donde se procedió a verificar in situ su cumplimiento, SI O NO CUMPLIA el procedimiento y cuantas veces. (Ver adelante resultados).

<b>PROCESO 2.- MEMBRANA HIALINA</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
Lavado de manos			5-6 veces
Recepción del RN en termo cuna			1
Colocar oxigenoterapia por oxipod			1
Control de signos vitales			c/3 horas
Monitoreo del RN saturación de oxígeno			c/3 horas
Control de peso			diario
Toma de medidas antropométricas			1 al principio y cada 8 días
Canalizar vía			1

Administración de medicación IV			1
Colocar sonda oro gástrica al RN			1
Control de residuo gástrico			diario
Toma de muestra de examen de laboratorio			1
Toma de muestra de hemocultivo con resina			1
Toma de muestra de glicemia capilar			c/6 horas
Control de ingesta y eliminación			c/turno
Toma de RX			1
Curación de ombligo			c/3 horas

Los pasos del procedimiento son similares, pero varían sus posiciones, es decir algún paso anterior puede ser sustituido por otro de mayor importancia.

En cada uno de los procedimientos se establece una estandarización de veces o frecuencia de cumplimiento.

<b>PROCESO 3.- HIPOGLICEMIA</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
Lavado de manos			5-6 veces
Recepción del RN en servocontrol			1
Canalizar vía			1
Monitoreo del RN saturación de oxígeno			c/3 horas
Toma de muestra para examen de laboratorio			1
Control de glicemia			c/4 horas
Colocar sonda orogastrica			1
Alimentación con leche materna por sonda oro gástrica.			c/4 horas

Control de peso			diario
Toma de medidas antropométricas			1 al principio y cada 8 días
Baño del RN			diario
Curación de ombligo			c/3 horas

Dentro del proceso de Hipoglicemia, en sus procedimientos aparecen nuevos pasos y se omiten otros, entre los nuevos relevantes está la alimentación por sonda oro gástrica.

<b>PROCESO 4.- SEPSIS NEONATAL</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
Lavado de Manos			5-6 veces
Recepción del RN en Servocontrol			1
Colocar oxigenoterapia por oxipod			1
Control de signos vitales.			c/3horas
Monitoreo del RN saturación de oxígeno			c/3horas
Canalizar vía			1
Administración de medicación IV			c/8horas o 12
Toma de muestra de examen para laboratorio.			1
Toma de muestra de hemocultivo			1
Colocar sonda orogastrica			1
Control de residuo gástrico			diario
Control de peso			diario
Toma de medidas antropométricas			1 al principio y cada 8 días
Curación de ombligo			c/3horas
Control de ingesta y eliminación.			c/turno
Toma de Rx			1

Se observan los pasos del procedimiento del Recién Nacido y que presenta SEPSIS NEONTAL, en la que se desarrollan los pasos del procedimiento y su estandarización correspondiente.

<b>PROCESO 5.- HIPERBILIRRUBINEMIA</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
Lavado de manos			5-6 veces
Recepción del RN en servocontrol			1
Aplicación de fototerapia.			2-3 días permanente y luego cada 3 días
Protección ocular del RN			permanente
Toma de muestra para laboratorio			1
Toma de muestra para hemocultivo con resina			1
Canalizar vía			1
Administración de medicación IV			c/8 o 12 horas
Alimentación por vía oral.			c/4 horas
Control de peso			diario
Toma de medidas antropométricas.			1 al principio y cada 8 días
Toma de Rx			1
Curación de ombligo			c/3horas

Dentro del proceso que se realiza en el recién nacido con hiperbilirrubinemia, hay que considerar dentro los aspectos más importantes la visión y su respectiva protección que debe ser permanente.

<b>PROCESO 6.- PESO BAJO</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
Lavado de manos			5-6 veces
Recepción del RN en servo control			1
Toma de signos vitales			c/3 horas
Monitoreo del RN saturación de oxígeno			1
Canalizar vía			1
Administración de medicación IV			c/8 o 12 horas
Toma de muestra para examen de laboratorio			1
Colocar sonda orogastrica			1
Administración de medicación por vía oral			c/8 o 12 horas
Alimentación por sonda oro gástrica.			c/4 horas
Curación de ombligo			c/3 horas
Control de peso			diario
Baño del RN			diario
Control de ingesta y eliminación			c/turno
Toma de RX			1

Con relación al proceso de atención del RN CON BAJO PESO, es muy importante monitorear su peso y su alimentación, condiciones básicas que contribuyen a que el niño este en la unidad de cuidados neonatales por mucho tiempo.

<b>PROCESO 7.- PREMATURO</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
Lavado de manos			5-6 veces
Recepción del RN en termo cuna			1
Colocar oxigenoterapia por oxipod			1
Control de peso.			diario
Toma de medidas antropométricas.			1 al principio y cada 8 días
Control de signos vitales			c/3 horas
Monitoreo del RN saturación de oxígeno			c/3 horas

Canalizar vía			1
Administración de medicación IV			c/8 a 12 horas
Colocar sonda oro gástrica al RN			1
Control de residuo gástrico			diario
Alimentación con leche materna por sonda oro gástrica			c/4horas
Toma de muestra de hemocultivo con resina			1
Toma de muestra para examen de laboratorio			1
Control de glicemia capilar			c/6 horas
Control de ingesta y eliminación			c/turno
Toma de Rx			1
Curación de ombligo			c/3horas

En el proceso de atención del RN PREMATURO, es relevante monitorear sus signos vitales, sobre todo su frecuencia respiratoria.

<b>PROCESO 8.-NEUMONIA</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
Lavado de manos			5-6 veces
Recepción del RN en servocontrol.			1
Colocar oxigenoterapia por oxipod			1
Control de signos vitales			c/3horas
Monitoreo del RN saturación de oxígeno			c/3horas
Canalizar vía			1
Administración de medicación IV			c/8 a 12 horas
Toma de muestra de examen de laboratorio			1
Toma de muestra para hemocultivo con resina.			1
Colocar sonda oro gástrica al RN			1
Aspiración secreciones			c/3horas
Curación de ombligo			c/3horas
Control de peso.			diario
Toma de medidas antropométrica.			1 al principio y cada 8 días
Control de ingesta y eliminación			c/turno
Toma de Rx			1

Referente al proceso de atención al RN CON NEUMONÍA, existen algunos parámetros a considerar prioritarios, entre éstos la saturación de oxígeno, su frecuencia respiratoria y el aspirado de secreciones.

NOMBRE:

AREA:

FECHA

FUNCION:

<b>PROCESO DE CONTROL DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PROCESO 1.- SINDROME DISTRES RESPIRATORIO</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en termo cuna			
• Colocar oxigenoterapia por oxipod			
• Control de signos vitales			
• Monitoreo del RN saturación de oxígeno			
• Canalizar vía			
• Administración de medicación IV			
• Control de peso			
• Toma de medidas antropométricas.			
• Colocar sonda oro gástrica al RN			
• Control de residuo gástrico			
• Toma de muestra de examen de laboratorio			
• Toma de muestra de hemocultivo con resina			
• Control de glicemia capilar			
• Control de ingesta y eliminación			
• Toma de RX			
• Curación de ombligo			

NOMBRE:

AREA:

FECHA:

FUNCION:

<b>HERRAMIENTA DE MONITOREO Y EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PROCESO 2.- MEMBRANA HIALINA</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	SI	NO	# DE VECES
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en termo cuna			
• Colocar oxigenoterapia por oxipod			
• Control de signos vitales			
• Monitoreo del RN saturación de oxígeno			
• Control de peso			
• Toma de medidas antropométricas			
• Canalizar vía			
• Administración de medicación IV			
• Colocar sonda oro gástrica al RN			
• Control de residuo gástrico			
• Toma de muestra de examen de laboratorio			
• Toma de muestra de hemocultivo con resina			
• Toma de muestra de glicemia capilar			
• Control de ingesta y eliminación			
• Toma de RX			
• Curación de ombligo			

NOMBRE:

AREA:

FECHA:

FUNCION:

<b>HERRAMIENTA DE MONITOREO Y EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO 3.- HIPOGLICEMIA</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en servocontrol			
• Canalizar vía			
• Monitoreo del RN saturación de oxígeno			
• Toma de muestra para examen de laboratorio			
• Control de glicemia			
• Colocar sonda orogastrica			
• Alimentación con leche materna por sonda oro gástrica.			
• Control de peso			
• Toma de medidas antropométricas			
• Baño del RN			
• Curación de ombligo			

NOMBRE:

AREA:

FECHA:

FUNCION:

<b>HERRAMIENTA DE MONITOREO Y EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PROCESO 4.- SEPSIS NEONATAL</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	SI	NO	# DE VECES
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en Servocontrol			
• Colocar oxigenoterapia por oxipod			
• Control de signos vitales.			
• Monitoreo del RN saturación de oxígeno			
• Canalizar vía			
• Administración de medicación IV			
• Toma de muestra de examen para laboratorio.			
• Toma de muestra de hemocultivo			
• Toma de muestra para hemocultivo con resina			
• Colocar sonda orogastrica			
• Control de residuo gástrico			
• Control de peso			
• Toma de medidas antropométricas			
• Curación de ombligo			
• Control de ingesta y eliminación.			
• Toma de RX			

NOMBRE:

AREA:

FECHA:

FUNCION:

<b>HERRAMIENTA DE MONITOREO Y EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PROCESO 5.- HIPERBILIRRUBINEMIA</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	SI	NO	# DE VECES
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en servocontrol			
• Aplicación de fototerapia.			
• Protección ocular del RN			
• Toma de muestra para laboratorio			
• Toma de muestra para hemocultivo con resina			
• Canalizar vía			
• Administración de medicación IV			
• Alimentación por vía oral.			
• Control de peso			
• Toma de medidas antropométricas.			
• Toma de RX			
• Curación de ombligo			

NOMBRE:

AREA:

FECHA:

FUNCION:

<b>HERRAMIENTA DE MONITOREO Y EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO 6.- PESO BAJO</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en servocontrol			
• Toma de signos vitales			
• Monitoreo del RN saturación de oxígeno			
• Canalizar vía			
• Administración de medicación IV			
• Toma de muestra para examen de laboratorio			
• Colocar sonda orogastrica			
• Administración de medicación por vía oral			
• Alimentación por sonda orogastrica.			
• Curación de ombligo			
• Control de peso			
• Baño del RN			
• Control de ingesta y eliminación			
• Toma de RX			

NOMBRE:

AREA:

FECHA:

FUNCION:

<b>HERRAMIENTA DE MONITOREO Y EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PROCESO 7.- PREMATURO</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en termo cuna			
• Colocar oxigenoterapia por oxipod			
• Control de peso.			
• Toma de medidas antropométricas.			
• Control de signos vitales			
• Monitoreo del RN saturación de oxígeno			
• Canalizar vía			
• Administración de medicación IV			
• Colocar sonda oro gástrica al RN			
• Control de residuo gástrico			
• Alimentación con leche materna por sonda oro gástrica			
• Toma de muestra de hemocultivo con resina			
• Toma de muestra para examen de laboratorio			
• Control de glicemia capilar			
• Control de ingesta y eliminación			
• Toma de RX			
• Curación de ombligo			

NOMBRE:

AREA:

FECHA:

FUNCION:

<b>HERRAMIENTA DE MONITOREO Y EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PROCESO 8.-NEUMONIA</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	SI	NO	# DE VECES
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en servocontrol			
• Colocar oxigenoterapia por oxipod			
• Control de signos vitales			
• Monitoreo del RN saturación de oxígeno			
• Canalizar vía			
• Administración de medicación IV			
• Toma de muestra de examen de laboratorio			
• Toma de muestra para hemocultivo con resina			
• Colocar sonda oro gástrica al RN			
• Aspiración secreciones			
• Curación de ombligo			
• Control de peso			
• Toma de medidas antropométrica.			
• Control de ingesta y eliminación			
• Toma de RX			

**INDICADOR:**

- Al 30 de julio del 2011, herramientas gerenciales aplicadas en un 100%.

Con la participación de la líder del servicio se realizó la observación del cumplimiento de los protocolos.

**RESUMEN DE OBSERVACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS  
PROTOCOLOS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL  
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.R.R.Z. DURANTE JULIO DE 2011**

<b>PROCESOS</b>	<b>SE APLICÓ</b>	<b>NO SE APLICÓ</b>
PREMATURO	8	9,41
DISTRÉS RESPIRATORIO	15	17,65
SEPSIS NEONATAL	12	14,12
MEMBRANA HIALINA	18	21,18
HIPERBILIRRUBINEMIA	15	17,65
BAJO PESO	8	9,41
HIPOGLICEMIA	2	2,35
NEUMONÍA	7	8,24
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Registros de neonatología – H.R.R.Z.

**Elaborado por:** Lic. Lupe Falconí

**RESULTADO N° 2.- LÍDERES Y PERSONAL DE CUIDADO DIRECTO  
ACTUALIZADO EN LAS HERRAMIENTAS GERENCIALES DE CONTROL**

**INDICADOR**

Al 30 de junio el 100 % de líderes capacitadas.

Se contó con la participación del personal de enfermería en la capacitación, el que consta en la lista de asistencia de evaluación.

El 22 de julio se aplicaron, test a las participantes para medir el nivel de conocimiento referente al tema que se trataría durante la capacitación, resultados que los presento en los cuadros siguientes.

## ENCUESTA DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL AL PERSONAL

## PRE TEST

## GRAFICUADRO N° 1

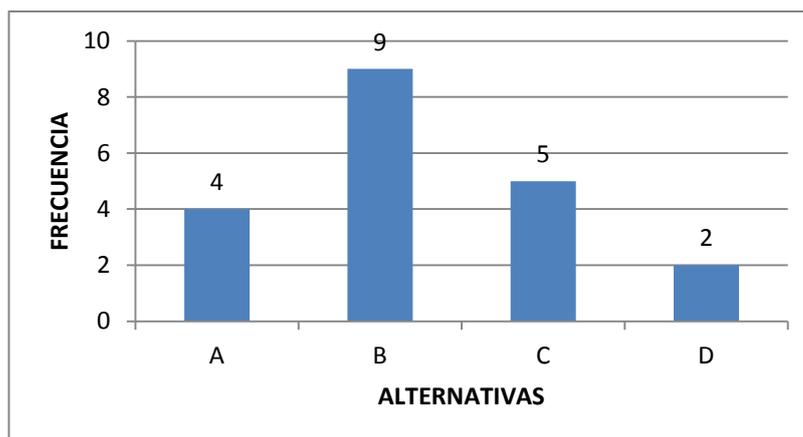
## GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA DEFINICIÓN DE UN INDICADOR DE CALIDAD

- A. Es un número que indica resultado
- B. Es una medida que diferencia un resultado de otro
- C. Un indicador es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las diferentes actividades.**
- D. Es una categoría en la cual intervienen medidas directas e indirectas sobre un proceso.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
A	4	20,00
B	9	45,00
C	5	25,00
D	2	10,00
TOTAL	20	100%

Fuente: Formulario de encuesta

Elaborado por: Lic. Lupe Falconí



## ANÁLISIS:

Del personal de enfermería encuestado podemos observar que el 75% desconoce la definición de un indicador de calidad, lo que permite justificar este proyecto.

### GRAFICUADRO N°2

#### GRADO DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL ESTABLECIMIENTO DE LAS HERRAMIENTAS GERENCIALES DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DE CALIDAD EN SU LUGAR DE TRABAJO

- A. Le pido al personal que digan que es lo que hacen
- B. Copio Herramientas gerenciales de control y seguimiento de actividades de otros lugares y los adapto a mi lugar de trabajo
- C. Defino las funciones de todo el personal y hago Herramientas gerenciales de control y seguimiento de actividades.

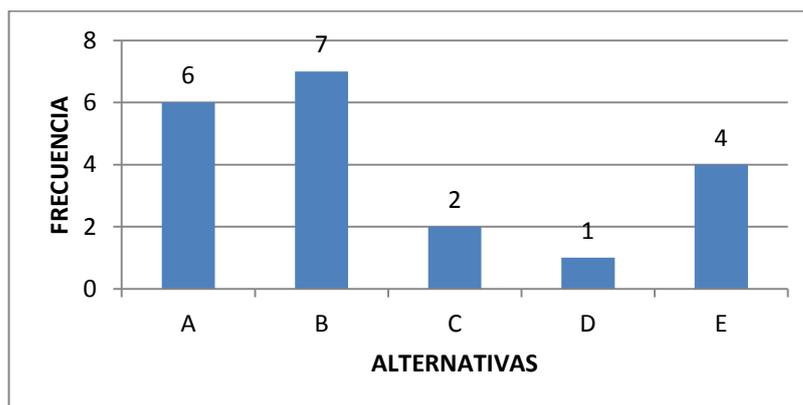
**D. Todos**

- E. Ninguno

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
A	6	30,00
B	7	35,00
C	2	10,00
D	1	5,00
E	4	20,00
TOTAL	20	100%

Fuente: Formulario de encuesta

Elaborado por: Lic. Lupe Falconí



#### ANÁLISIS:

En este graficuario se indica que el personal de enfermería desconoce (5%) el establecimiento de las herramientas gerenciales del control y seguimiento de actividades de calidad en su lugar de trabajo.

### GRAFICUADRO N° 3

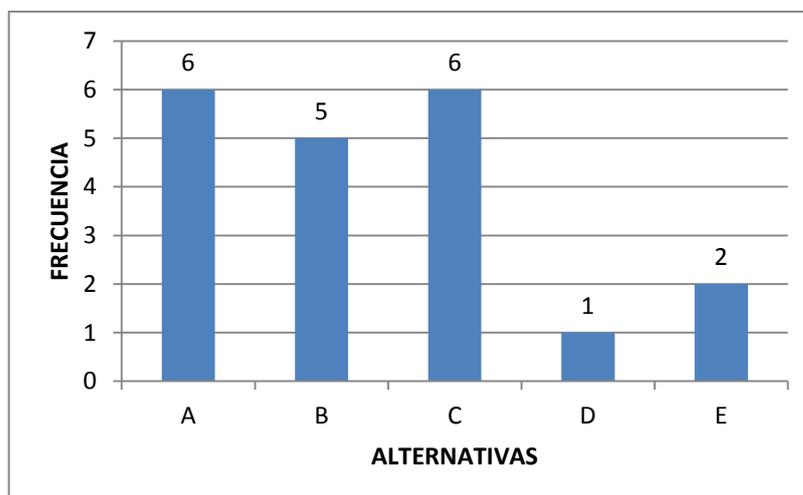
#### GRADO DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA LA DEFINICIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LAS NORMAS ISO

- A. Es un conjunto de características inherentes a un producto para que cumpla con los requisitos para los cuales se elabora
- B. Es una serie de requisitos internacionales para elaborar y producir
- C. Es la estandarización internacional de las cosas
- D. Es el grado de cumplimiento de los productos
- E. Ninguno

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
A	6	30,00
B	5	25,00
C	6	30,00
D	1	5,00
E	2	10,00
TOTAL	20	100%

Fuente: Formulario de encuesta

Elaborado por: Lic. Lupe Falconí



#### ANÁLISIS:

En este graficuario se indica que el 70% del personal de enfermería encuestado desconoce la definición de la calidad según las normas ISO.

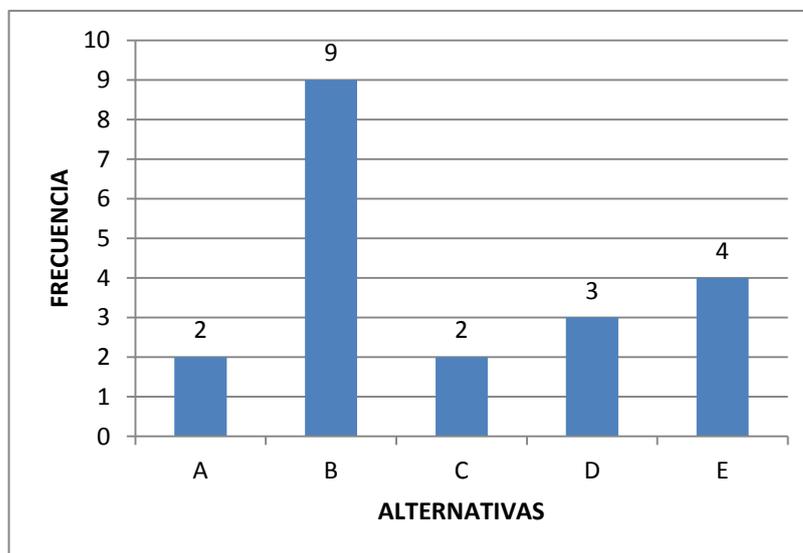
#### GRAFICUADRO N° 4

### GRADO DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA DEFINICIÓN DE UN ESTÁNDAR DE CALIDAD

- A. Es una medida que me sirve para copiar otros procesos
- B. Es un valor cuantitativo y cualitativo que me sirve de comparación con otros
- C. Es una condición que tengo que superar día a día.
- D. Es el grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad.**
- E. Ninguno

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
A	2	10,00
B	9	45,00
C	2	10,00
D	3	15,00
E	4	20,00
TOTAL	20	100%

Fuente: Formulario de encuesta  
Elaborado por: Lic. Lupe Falconí



#### ANÁLISIS:

Del personal encuestado, se puede indicar que sólo el 15% tiene conocimiento de la definición de un estándar de calidad.

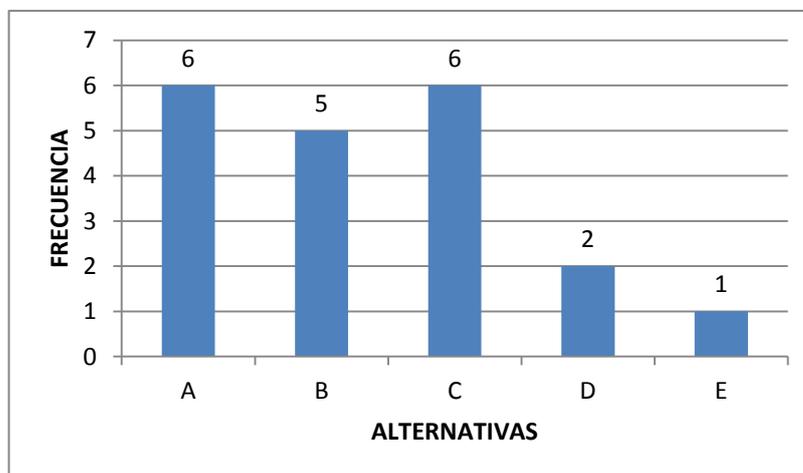
### GRAFICUADRO N° 5

#### GRADO DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE UN ESTÁNDAR DE CALIDAD

- A. Mediante el análisis de las tareas rutinarias
- B. A través de un sistema de puntuación de actividades
- C. Solamente con los resultados de una actividad
- D. Determinando el nivel mínimo y máximo aceptable para un indicador**
- E. Es la suma total de cada indicador dividido para su numerador

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
A	6	30,00
B	5	25,00
C	6	30,00
D	2	10,00
E	1	5,00
TOTAL	20	100%

Fuente: Formulario de encuesta  
Elaborado por: Lic. Lupe Falconí



#### ANÁLISIS:

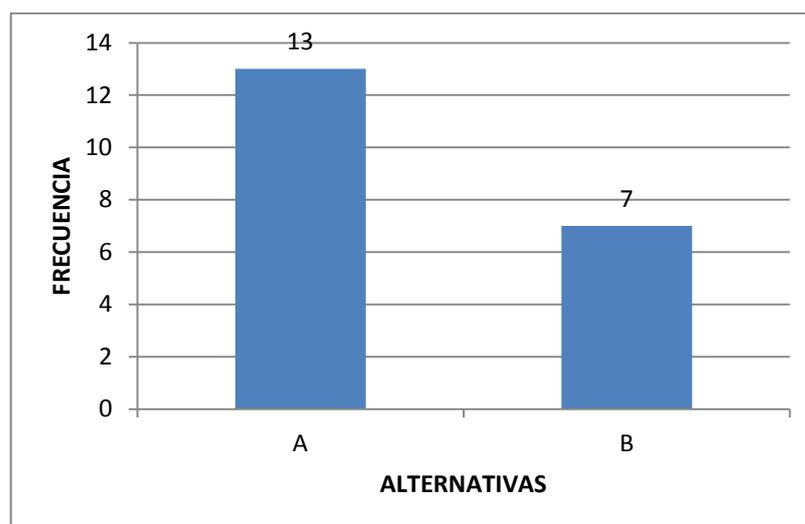
En este graficuario se puede observar que el 90% del personal encuestado desconoce la construcción de un estándar de calidad.

**GRAFICUADRO N° 6****GRADO DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE UN ESTÁNDAR DE CALIDAD EN SU UNIDAD**

- A. EN MÁS DE 1 AÑO  
B. EN MENOS DE 1 AÑO

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
A	13	65,00
B	7	35,00
TOTAL	20	100%

Fuente: Formulario de encuesta  
Elaborado por: Lic. Lupe Falconí

**ANÁLISIS:**

En este graficuario se indica que el 65% del personal encuestado desconoce el tiempo en el que puede construir un estándar de calidad en su unidad.

## ENCUESTA DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL AL PERSONAL

## POST TEST

## GRAFICUADRO N°7

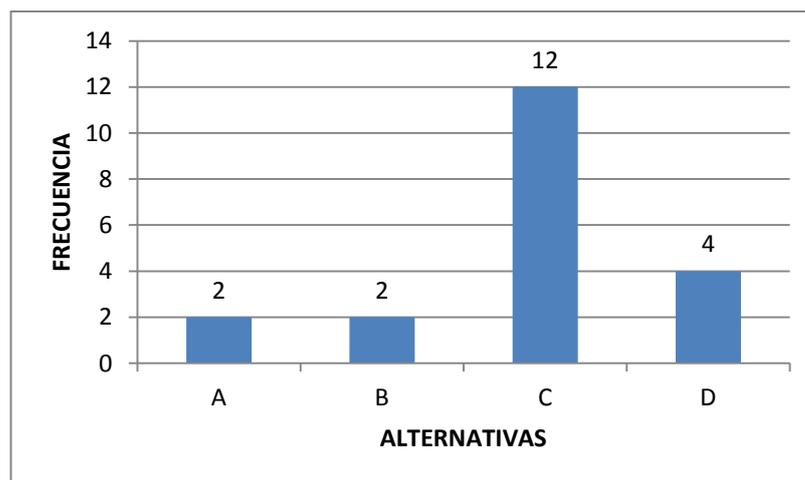
## GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA DEFINICIÓN DE UN INDICADOR DE CALIDAD

- A. Es un número que indica resultado
- B. Es una medida que diferencia un resultado de otro
- C. Un indicador es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las diferentes actividades.**
- D. Es una categoría en la cual intervienen medidas directas e indirectas sobre un proceso.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
A	2	10,00
B	2	10,00
C	12	60,00
D	4	20,00
TOTAL	20	100%

Fuente: Formulario de encuesta

Elaborado por: Lic. Lupe Falconí

**ANÁLISIS:**

En este graficuario se puede indicar que el personal de enfermería encuestado, el 60% ya conoce la definición de un estándar de calidad.

### GRAFICUADRO N° 8

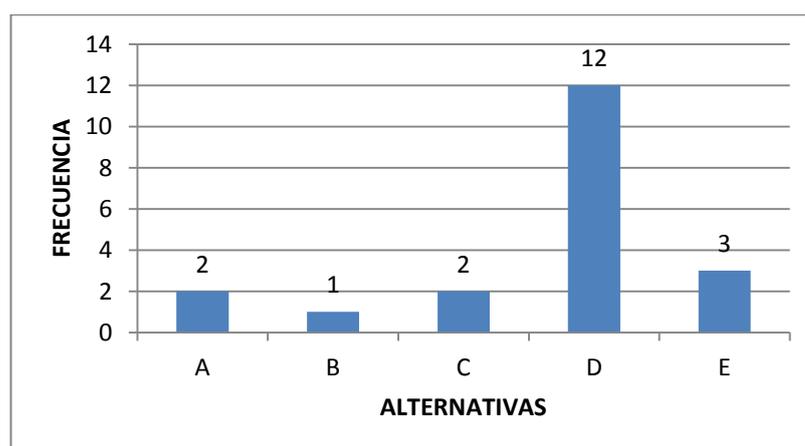
#### GRADO DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL ESTABLECIMIENTO DE LAS HERRAMIENTAS GERENCIALES DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DE CALIDAD EN SU LUGAR DE TRABAJO

- A. Le pido al personal que digan que es lo que hacen
- B. Copio Herramientas gerenciales de control y seguimiento de actividades de otros lugares y los adapto a mi lugar de trabajo
- C. Defino las funciones de todo el personal y hago Herramientas gerenciales de control y seguimiento de actividades.
- D. Todos**
- E. Ninguno

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
A	2	10,00
B	1	5,00
C	2	10,00
D	12	60,00
E	3	15,00
TOTAL	20	100%

Fuente: Formulario de encuesta

Elaborado por: Lic. Lupe Falconí



#### ANÁLISIS:

Podemos observar que el 60% del personal encuestado ya tiene conocimiento sobre el establecimiento de las herramientas gerenciales de control y seguimiento de actividades de calidad en su lugar de trabajo.

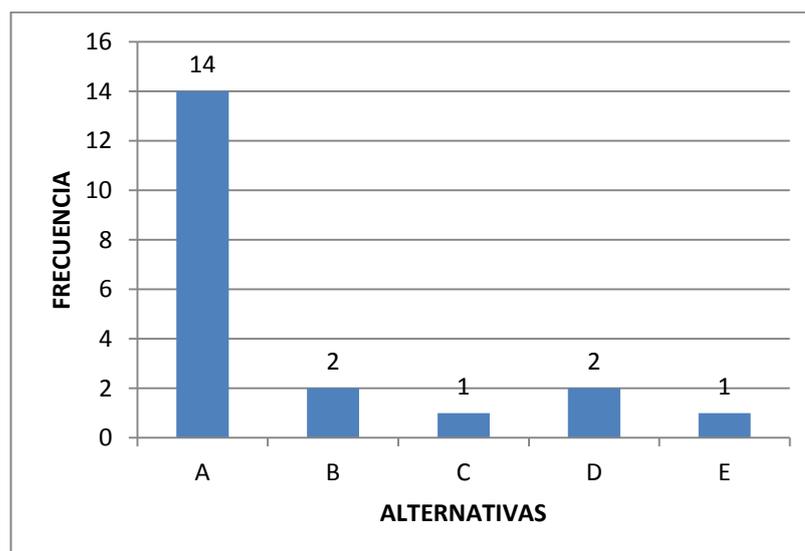
### GRAFICUADRO N° 9

#### GRADO DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA LA DEFINICIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LAS NORMAS ISO

- A. Es un conjunto de características inherentes a un producto para que cumpla con los requisitos para los cuales se elabora
- B. Es una serie de requisitos internacionales para elaborar y producir
- C. Es la estandarización internacional de las cosas
- D. Es el grado de cumplimiento de los productos
- E. Ninguno

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
A	14	70,00
B	2	10,00
C	1	5,00
D	2	10,00
E	1	5,00
TOTAL	20	100%

Fuente: Formulario de encuesta  
Elaborado por: Lic. Lupe Falconí



#### ANÁLISIS:

En este graficuario se puede constatar que el 70% del personal de enfermería ya tiene conocimiento de la definición de la calidad según las normas ISO.

### GRAFICUADRO N° 10

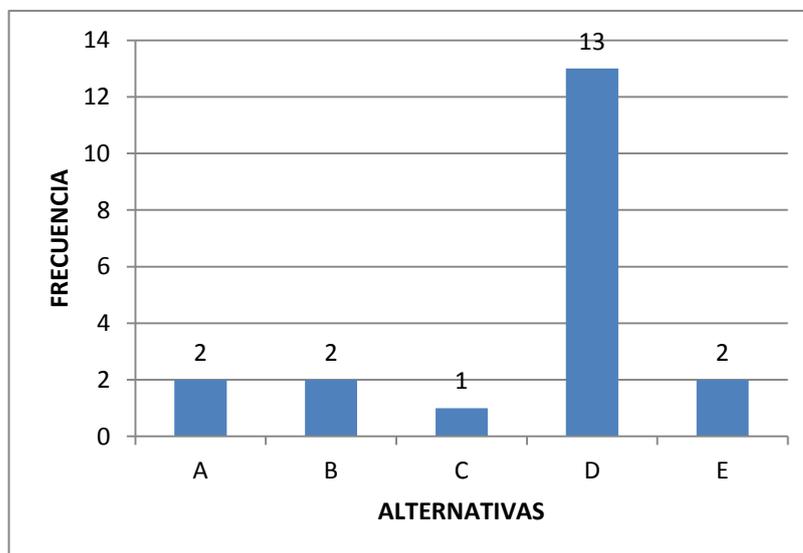
#### GRADO DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA DEFINICIÓN DE UN ESTÁNDAR DE CALIDAD

- A. Es una medida que me sirve para copiar otros procesos
- B. Es un valor cuantitativo y cualitativo que me sirve de comparación con otros
- C. Es una condición que tengo que superar día a día.
- D. Es el grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad.**
- E. Ninguno

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
A	2	10,00
B	2	10,00
C	1	5,00
D	13	65,00
E	2	10,00
TOTAL	20	100%

Fuente: Formulario de encuesta

Elaborado por: Lic. Lupe Falconí



#### ANÁLISIS:

En este graficuario se puede observar que el 65% del personal de enfermería ya conoce la definición de un estándar de calidad.

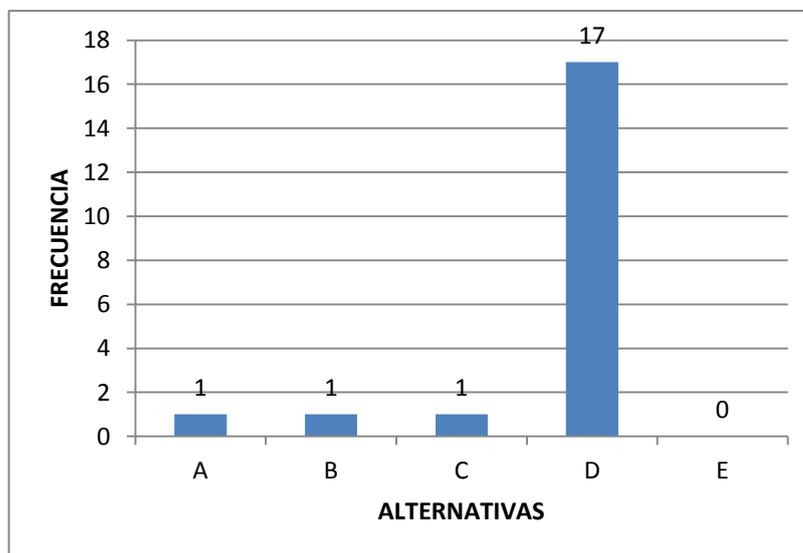
### GRAFICUADRO N° 11

#### GRADO DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE UN ESTÁNDAR DE CALIDAD

- A. Mediante el análisis de las tareas rutinarias
- B. A través de un sistema de puntuación de actividades
- C. Solamente con los resultados de una actividad
- D. Determinando el nivel mínimo y máximo aceptable para un indicador**
- E. Es la suma total de cada indicador dividido para su numerador

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
A	1	5,00
B	1	5,00
C	1	5,00
D	17	85,00
E	0	0,00
TOTAL	20	100%

Fuente: Formulario de encuesta  
Elaborado por: Lic. Lupe Falconí



#### ANÁLISIS:

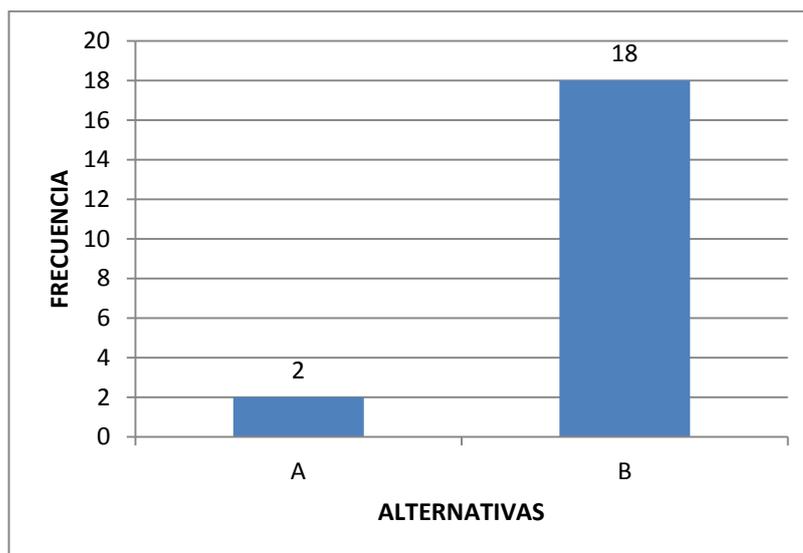
En este graficuario se indica que el 85% del personal de enfermería encuestado conoce la construcción de un estándar de calidad, determinando el nivel mínimo y máximo aceptable para un indicador

**GRAFICUADRO N° 12****GRADO DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE UN ESTÁNDAR DE CALIDAD EN SU UNIDAD**

- A. EN MÁS DE 1 AÑO  
 B. EN MENOS DE 1 AÑO

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
A	2	10,00
B	18	90,00
TOTAL	20	100%

Fuente: Formulario de encuesta  
 Elaborado por: Lic. Lupe Falconí

**ANÁLISIS:**

En este graficudro se indica que el personal de enfermería en un 90% conoce que la construcción de un estándar de calidad en su área demora menos de un año.

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local**

**IMPLEMENTACION DE HERRAMIENTA GERENCIAL DE ENFERMERIA PARA EL MONITOREO Y EVALUACION DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL EN EL AREA DE NEONATOLOGIA EN EL HRZ MANTA 2010**

Registro de Asistencia de socialización de Herramientas.

Fecha: MANTA 22 de julio 2011

Lcda. Rocío Acosta	<u>[Signature]</u>
Lcda. Lilian Segovia	<u>[Signature]</u>
Lcda. Gloria Solórzano	<u>[Signature]</u>
Lcda. Lucia Mendoza	<u>[Signature]</u>
Lcda. Carmen Valencia	<u>[Signature]</u>
Lcda. Ángela Chica	<u>[Signature]</u>
Cruz Constantine	<u>[Signature]</u>
Sra. Ángela López	<u>[Signature]</u>
Sra. Rosa Zambrano	<u>[Signature]</u>
Sra. Letty Cedeño	<u>[Signature]</u>
Sra. Mónica Chinga	<u>[Signature]</u>
Sra. Ercilia Dueñas	<u>[Signature]</u>
Sra. Lorgia Cedeño	<u>[Signature]</u>
Sra. Graciela Bazurto	<u>[Signature]</u>
Sra. Ramona Delgado	_____
Sra. Patricia Anchundia	_____
Sra. Verónica Orellana	_____
Sra. Jenny Veliz	<u>[Signature]</u>

Sra. Aida Guerrero	<u>[Signature]</u>
Sra. Juana Macías	_____
Sr. Kleber Ponce	<u>[Signature]</u>

Sra. Mercedes Valencia  
 Sra. Juley Lora  
 Sr. Donorico Delgado  
 Sr. Macía Dueñas  
 Sr. Elana Alcívar

Sra. Mercedes Valencia  
 Juley Lora  
 [Signature]  
 [Signature]  
 [Signature]

**RESULTADO N° 3.- SISTEMA DE INFORMACIÓN REVISADO PARA  
BRINDAR FACILIDADES EN LA TOMA DE DECISIONES**

**INDICADOR**

Al 15 de julio de 2011, el 100% del sistema de información revisado.

Equipo de salud participa en la revisión del sistema de información, a través de los formularios diseñados.

NOMBRE:

AREA:

FECHA

FUNCION:

<b>PROCESO DE CONTROL DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PROCESO 1.- SINDROME DISTRES RESPIRATORIO</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en tarro cuna			
• Colocar oxigenoterapia por oxipod			
• Control de signos vitales			
• Monitoreo del RN saturación de oxígeno			
• Canalizar vía			
• Administración de medicación IV			
• Control de peso			
• Toma de medidas antropométricas.			
• Colocar sonda oro gástrica al RN			
• Control de residuo gástrico			
• Toma de muestra de examen de laboratorio			
• Toma de muestra de hemocultivo con resina			
• Control de glicemia capilar			
• Control de ingesta y eliminación			
• Toma de RX			
• Curación de ombligo			



## EVALUACION DEL PROPOSITO

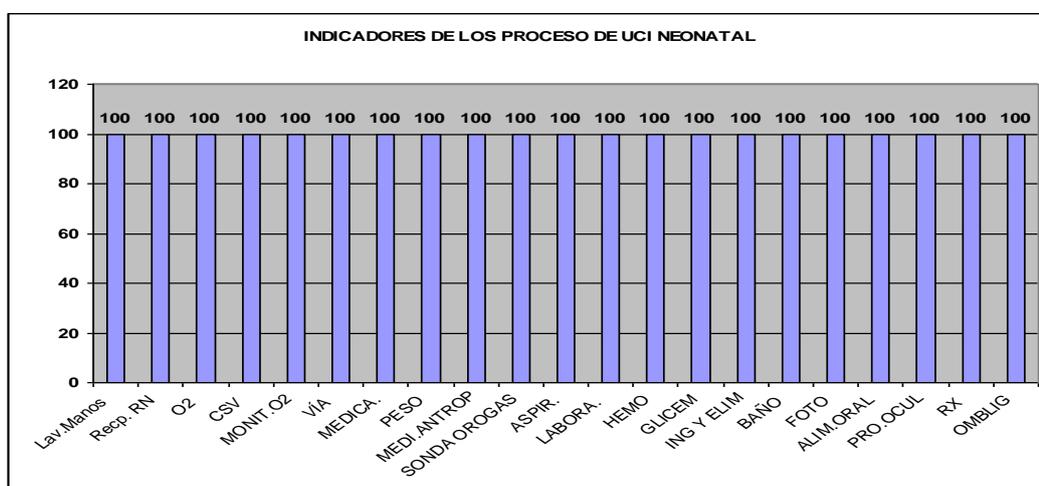
### PROPOSITO

Implementar el proceso de control de desempeño del personal de enfermería del H.R.R.Z. de Manta.

Al 30 de agosto del 2011, el 80% del proceso de control de desempeño del personal de enfermería implementado.

El equipo de salud de neonatología, el director del Hospital y las líderes comprometidos a la participación en la aplicación de las herramientas de evaluación, para mejorar la calidad de atención a los neonatos que ingresan a este servicio.

### RESUMEN GENERAL DE LA CALIFICACIÓN DE INDICADORES



Se observa el gráfico que contiene el resumen general de Indicadores en donde todos aquellos indicadores de cada uno de los 8 procesos identificados y evaluados obtuvieron a máxima puntuación de cumplimiento del 100%.

## **EVALUACION DEL FIN**

### **FIN**

Contribuir al mejoramiento de la calidad de enfermería en el Servicio de Cuidados Intensivos neonatológicos del H.R.R.Z.

El hecho de haber cumplido con los indicadores de los resultados y propósito, se está contribuyendo a cumplir con el fin.

## **10. CONCLUSIONES**

Con relación a identificar las principales patologías con sus respectivos procedimientos y su estandarización, se pudo constatar las 8 principales patologías que se atienden en el área de UCI de neonatología, a las cuáles se correlacionó su estandarización con los criterios de metas establecidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en cada uno de estos procesos se efectuó la estandarización de sus procedimientos.

Con relación a la socialización de los indicadores de cada proceso del área de UCI neonatal, se procedió en primer término a realizar un pre test en donde se evaluaron 6 preguntas relacionadas con indicadores, calidad y procedimientos, las mismas que tuvieron en promedio una puntuación de 30% de certeza, y posteriormente a la capacitación impartida se pudo comprobar un aumento significativo del 85% de conocimiento.

Se procedió a evaluar el porcentaje de cumplimiento de indicadores de cada procedimiento, en cada patología de UCI neonatal, en donde prácticamente todos cumplían el 100%, esto se realizó a través de una lista de chequeo y se procedió a evaluar a cada personal del área en total fueron 8 enfermeras y 12 auxiliares, a las que se comprobó su porcentaje de cumplimiento por cada procedimiento y en cada patología.

Al final se pudo determinar los estándares de cada procedimiento del área de UCI neonatal, los mismos que si se cumplen en un 100% y son los establecidos por el Ministerio de Salud Pública, los que han sido acogidos tanto por el personal de enfermería y auxiliares; así como el personal médico del área.

Al hablar de criterios de calidad y estandarización estamos definiendo un patrón de aquello que queremos medir. Establecemos así un instrumento de medida y como tal este debe ser VALIDO (tiene que ser capaz de medir aquello para lo que ha sido diseñado), FIABLE (si medimos varias veces lo mismo, los resultados no podrán variar más que entre los límites de fiabilidad que hayamos fijado) y SENSIBLE (si aquello que medimos varía, el criterio debe ser capaz de detectar dicha variación). Si ya hemos definido qué queremos medir, el segundo problema será decidir sobre la escala de medición a utilizar.

Definir una escala es hacer una graduación o categorización de algo que en este caso es lo que queremos medir. Las unidades de medida aquí no son universales; en control de calidad éstas van a depender de múltiples factores y pueden variar incluso para cada centro. En nuestro caso valoramos con el 100%, parámetros ya establecidos.

## **11. RECOMENDACIONES**

Dentro de las recomendaciones planteadas a continuación obedecen al análisis realizado en el estudio de los procesos de UCI neonatal.

Los estándares e indicadores deben ser realistas de acuerdo con el tiempo disponible para la actividad en UCI.

Deben permitir las adecuaciones y la toma de decisiones sobre otras experiencias en unidades de Salud. Deben reflejar los conocimientos y las destrezas fundamentales exclusivamente. No es recomendable listados extensos que vuelven de procedimientos que se vuelven inoperables la evaluación y consuman un excesivo tiempo.

Los estándares e indicadores deben ser rigurosos y tener como marco de referencia estándares internacionales de calidad (en nuestro estudio los que el M.S.P. del Ecuador emite).

Su meta principal es elevar el rendimiento. Esta rigurosidad no sólo debe darse en términos de lo esperado en cada país sino que deben considerar también los estándares internacionales de calidad.

Los estándares e indicadores deben incluir niveles múltiples de ejecución. Es decir deben ser definidos los niveles mínimos de exigencia y los más altos de excelencia.

Deben incluir esquemas, mapas, listas de chequeo, o síntesis para un manejo generalizado, como propuestas o ejemplos de desempeños distinguidos que permitan identificar las competencias y actividades en cada procedimiento y éstos en cada proceso.

Los estándares deben combinar conocimientos, habilidades y actitudes pero no deben privilegiar unos a expensas de los otros. Es necesario que todos los elementos estén en igualdad de condiciones.

Los estándares e indicadores deben ser escritos con una claridad que permita su comprensión a todos los interesados en la actividad de salud. La redacción debe ser comprendida al igual por todos los profesionales de salud.

Es conveniente que sean simples, claros y precisos a fin de evitar interpretaciones múltiples. Si bien deben ser precisos y unívocos, de forma tal que permitan la medición.

El establecimiento y la definición de los estándares e indicadores deben ser el resultado de un proceso interactivo de comentarios. Deben implicar un proceso de retroalimentación y revisión que considere la opinión de los profesionales de salud y de todas las áreas circundantes a la ejecución de procesos. Es recomendable involucrar a todos los interesados en la reflexión y construcción de estándares e indicadores, de esta forma se sienten parte de todos, favorece la corresponsabilidad y compromiso, y se evita el vivenciarlos como ajenos o impuestos.

Los estándares e indicadores serán válidos en la medida en que se adecuen y se verifiquen en los rendimientos o actividades que se esperan lograr.

Coordinar con la líder de neonatología para que se siga aplicando las evaluaciones en base a las herramientas de proceso de control del desempeño de Enfermería

Buscar estrategias para que el personal de salud cumpla con las normas y protocolos en la atención del RN.

Monitorear frecuentemente las evaluaciones mediante supervisión de las actividades de Enfermería aplicando los estándares e indicadores de calidad.

A mi directora de tesis que siga aplicando el mismo interés por el estudiante, que mantenga esa mística para seguir dirigiendo tesis a otras promociones y que dios me la bendiga siempre.

## **12. BIBLIOGRAFÍA**

1. Amaro Cano, M.C. (2004). Esbozo histórico de los principales conceptos actuales, utilizados en enfermería. Revista Cubana de Enfermería. Volumen I.
2. Barrón, P., Monticelli, F. (2007). Key district health indicators. Durban: Health System Trust. Recuperado de <http://www.hst.org.za>
3. Beltrán Jaramillo, J.M. (2002). Indicadores de gestión. México: Doyma.
4. Burroughs, A. (2000). Enfermería Maternal. Interamericana. México: McGraw-Hill.
5. Colectivo de autores del ISCH-HABANA. (2004). Manual de Enfermería I y II. La Habana: Edición Pueblo y Salud.
6. Dickason, E., Lang, B., Kaplan, J. (2002). Enfermería Materno infantil. Madrid: Harcourt Brace.
7. Donat Colomer, F. (2002). Enfermería Maternal y Ginecológica. Barcelona: Masson,
8. Espejo, R. (2004). Organizational Transformation and Learning, A Cybernetic Approach to Management. Estados Unidos: JhonWiley&Sons.

9. Espinosa Ramos, O.M, et al. (2006). Diagnóstico de Enfermería como parte del Proceso de Atención de Enfermería. Revista Cubana de Enfermería, Vol. 1.
10. Fentón Tait, M.O., et al. (2005). Propuesta de invariantes para la enseñanza del Proceso de Atención de Enfermería. Revista Cubana de Enfermería, Vol 1.
11. Henderson, V.A. (2004). The Nature of Nursing. American Journal of Nursing, 63, 64, 68.
12. Henderson, V.A. (2006). An Overview of Nursing Research. NursingResearch, 10, 11, 16.
13. Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta. (2010). Orgánico funcional. Departamento de Subdirección médica.
14. Hospital Rafael Rodríguez Zambrano Manta. (2011). Servicio de Neonatología.
15. Hospital Rafael Rodríguez Zambrano. (2011). Departamento Subdirección Médica.
16. Iyer, P.M. (2005). Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México D. F., 2da ed. Interamericana Mc Graw-Hell,

17. Kozier, B., Erb, G., Blais, K., Johnson, J.Y., Temple JS. (2008). Técnicas en enfermería clínica. Madrid: Mc Graw-Hill. Interamericana.
18. Leddy, S. (2002). Bases conceptuales de la enfermería profesional. México: Organización Panamericana de la Salud.
19. Martínez-González, M.A., Sánchez-Villegas, A (eds.). (2002). Estilos de vida y Salud Pública., Pamplona: Ulzama Digital.
20. Mattson, S., Smith, J.E. (2001). Enfermería Materno-infantil. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
21. Ministerio de Salud Pública. (2003). Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud –Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia – USAID - Proyecto de Garantía de Calidad URC - CHS/Ecuador, Estándares, Indicadores y Matriz explicativa.
22. MINSAP. (2005). Orientaciones metodológicas sobre la aplicación práctica del Proceso de atención de Enfermería. Rev Cubana EducMedSuper;15(1):30-8
23. O.P.S. (2001). Boletín Epidemiológico, Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/sha/bsindexs.html> .

24. Palmero, F., Fernández- Abascal, E.G., Martínez, F., Choliz, M. (2002), *Psicología de la motivación y la emoción*. Madrid: Mc Graw- Hell.
25. Rosa, E., Jiménez, P. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual, *Revista Cubana de Salud Pública*. *Rev Cubana Salud Pública* :30(1):17-36.
26. Salas Perea, L.S. (2003). *El proceso de atención de enfermería. Consideraciones generales*. MINSAP.
27. Sánchez Linares, A; Sáenz Penon, C. (2001). Protocolizar las actividades de enfermería. *Rev. Rol de la enfermera*, 24(1), 65-68.
28. Secretaría de Salud México. (2006). *Observatorio del Desempeño Hospitalario*. Recuperado de <http://www.dged.salud.gob.mx>
29. Stright, B. (2001). *Enfermería materno-neonatal*. 2ª ed.. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
30. Torrens, S. (2003). *Enfermería de la Mujer*. *Enfermería 21*. Madrid: Ed. DAE.

31. Treviño García, N., Valle, A., Fierro, H., De la Loza, A. (2002). Indicadores de Servicios de Salud. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica.

## **13. ANEXOS**

**FICHA DE CONTROL DE LA BASE DEL PROYECTO DE ACCION.**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** Lupe Marlene Falconí Delgado.

**CENTRO UNIVERSITARIO:** Universidad Técnica Particular de Loja.

**“PROCESO DE CONTROL DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEONATOLOGÍA DEL H.R.R.Z DE MANTA – MARZO – AGOSTO DE 2011”**

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTE DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA				OBS.
		Mayo	Junio	Julio	Agosto	
<b>RESULTADOS</b> 1. Herramientas gerenciales de control diseñadas y aplicándose.	Al 15 de junio del 2011, manual de herramientas gerenciales de control diseñada en un 100%. Al 30 de julio de 2011, herramientas gerenciales aplicadas en un 100%.	50%	100%			
2. Líderes y personal de cuidado directo actualizado en las herramientas gerenciales de control.	Al 30 de junio del 2011, el 100% de líderes capacitadas			100%		
3. Sistema de información revisado para brindar facilidades en la toma de decisiones.	Al 15 de julio del 2011, el 100% del sistema de información revisado			80%	100%	

Tutora: Mg. Marcela Viteri  
**DIRECTORA DE TESIS**

**PUBLICACIÓN**



## **APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS GERENCIAL**

En el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano – Manta , en el área de UCI de Neonatología, se elaboró Herramientas Gerencial de Monitoreo y Evaluación del Desempeño del Personal de Enfermería, el cual fue aplicada los días 26 y 27 de julio del 2011; como requisito de adquirir título de Magíster en Gerencia de Salud de la Universidad Técnica Particular de Loja.

El Objetivo es mejorar la calidad de atención que se da al Neonato, lo cual estuvo a cargo de la **Lcda. Lupe Falconí Delgado**

**ENCUESTAS**



**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA**  
**MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO**  
**LOCAL**  
**HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DE MANTA**

**ENCUESTA DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL AL PERSONAL**

NOMBRE DEL ENCUESTADOR:

FECHA:

1. ¿Conoce usted que es un Indicador de Calidad?
  - A. Es un número que indica resultado
  - B. Es una medida que diferencia un resultado de otro
  - C. Un indicador es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las diferentes actividades.**
  - D. Es una categoría en la cual intervienen medidas directas e indirectas sobre un proceso.
  
2. ¿Cómo establecería usted en su lugar de trabajo Herramientas gerenciales de control y seguimiento de actividades de calidad?
  - A. Le pido al personal que digan que es lo que hacen
  - B. Copio Herramientas gerenciales de control y seguimiento de actividades de otros lugares y los adapto a mi lugar de trabajo
  - C. Defino las funciones de todo el personal y hago Herramientas gerenciales de control y seguimiento de actividades.
  - D. Todos**
  - E. Ninguno
  
3. ¿Qué es calidad según las normas ISO?
  - A. Es un conjunto de características inherentes a un producto para que cumpla con los requisitos para los cuales se elabora**
  - B. Es una serie de requisitos internacionales para elaborar y producir
  - C. Es la estandarización internacional de las cosas
  - D. Es el grado de cumplimiento de los productos
  - E. Ninguno
  
4. ¿Qué es un estándar de calidad?
  - A. Es una medida que me sirve para copiar otros procesos
  - B. Es un valor cuantitativo y cualitativo que me sirve de comparación con otros
  - C. Es una condición que tengo que superar día a día.
  - D. Es el grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad.**
  - E. Ninguno

5. ¿Cómo podría construirse un estándar de calidad?
- A. Mediante el análisis de las tareas rutinarias
  - B. A través de un sistema de puntuación de actividades
  - C. Solamente con los resultados de una actividad
  - D. Determinando el nivel mínimo y máximo aceptable para un indicador**
  - E. Es la suma total de cada indicador dividido para su numerador
6. ¿Podría usted construir un estándar de calidad en su Unidad?
- A. EN MÁS DE 1 AÑO
  - B. EN MENOS DE 1 AÑO**

**FOTOGRAFÍAS**

**RN REMATURO**



**RN CON SEPSIS NEONATAL**



## RN CON MEMBRANA HIALINA



**RN HIPOGLICEMIA**



**RN CON HIPERBILIRRUBINEMIA**



**RN CON PESO BAJO**



## RN CON SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO



## RN CON NEUMONÍA



**ENTREGA DE OFICIO AL SEÑOR DIRECTOR DEL HRZ**



**APROBACION DE LA HERRAMIENTA DE EVALUACION CON LIDER  
DE NEONATOLOGIA**





**ENTRAGA DE OFICIO A LA COORDINADORA DE LA GESTIÓN DE  
ENFERMERÍA H.R.R.Z.**



**ENTREGA DE OFICIO AL SUBDIRECTOR ENCARGADO DEL H.R.R.Z.**



















## REUNIÓN CON LÍDER







**OFICIOS Y ACTAS**

**ENVIADOS Y**

**RECIBIDOS**

Manta 6 Marzo 2011

**SR. DR CARLOS LOOR.**

**DIRECTOR DEL HOSPITAL "RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO" DE MANTA**

Ciudad

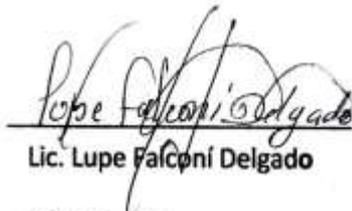


proyecto para la obtención de mi título de Magister en Gerencia de Salud, en la Universidad Técnica particular de Loja el mismo que tiene por tema "PROCESO DE CONTROL DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEONATOLOGIA HOSPITAL "RODRIGUEZ ZAMBRANO" DE MANTA MARZO-AGOSTO 2011

Para lo cual solicito se me permita realizar las debidas reuniones con la líder y personal del Área de Neonatología.

Esperando su aceptación le reitero mi sincero agradecimiento.

Atentamente,



Lic. Lupe Falconi Delgado

**Maestrante**



Manta 8 marzo 2011.

**LIC. ROCIO ACOSTA M.**  
**LIDER DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HRZ**  
Ciudad

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo, la presente es para comunicarle que he realizado un proyecto para la obtención de mi título de Magíster en Gerencia de Salud, en la Universidad técnica Particular de Loja, el cual es PROCESO DE CONTROL DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEONATOLOGIA HOSPITAL "RODRIGUEZ ZAMBRANO "DE MANTAMARZO – AGOSTO 2011

Solicito a usted poder reunirme para revisar las normas y protocolos, conocer la calidad de atención que se da al RN , y al mismo tiempo revisar la herramienta elaborada y obtener su aprobación.

Seguro de contar con su colaboración, desde ya le reitero mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,



Lic. Lupe Falcon Delgado

MAESTRANTE



Lic. Rocio Acosta M. Mg. Gs.  
LIC. EN ENFERMERIA  
NEONATOLOGIA  
H. R. Z.

Manta 10 Marzo 2011

**Lic. Mariana Cedeño M**  
**COORDINADORA DE LA GESTION DE ENFERMERIA DEL HRZ.**  
Ciudad

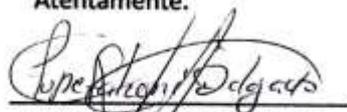
De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo, la presente es para comunicarle que he realizado un proyecto para la obtención de mi título de Magister en Gerencia de Salud, en la Universidad Técnica Particular de Loja, el cual es “ PROCESO DE CONTROL DEL DESEMPEÑO DE PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEONATOLOGIA HOSPITAL “RODIGUEZ ZAMBRANO MANTA MARZO- AGOSTO 2011

Por lo cual solicito reunirme para mostrarle e indicarle el tipo de herramientas que voy a utilizar para la evaluación del personal de neonatología.

Desde ya reitero mi sincero agradecimiento.

Atentamente.



Lic. Lupe Falconi Delgado

MAESTRANTE

R/Healense  
14/03/11  
9H00

Recibido  
Dpto de Gestion Enf.  
14/03/11

Manta 6 Junio 2011

**Sr. Dr. Víctor Manuel Traverso**  
**Sub-Director Técnico del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta.**

De mis consideraciones:

Por medio del presente comunico a usted, que he realizado Los PROCESO DE CONTROL DE DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEONATOLOGIA HOSPITAL "RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA MARZO – AGOSTO 2011, al mismo tiempo comunicarle a usted que voy a aplicarlas a partir de julio del presente año.

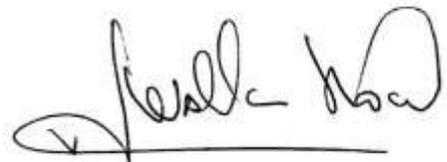
Como requisito para la obtención de título de Magister en Gerencia de Salud en la Universidad Técnica Particular de Loja.

Desde ya reitero mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,

  
Lcda. Lupe Falconí D  
MAESTRANTE



  
DR. DIRECTOR del HOSPITAL  
ENCARGADO

Manta 15 de julio del 2011

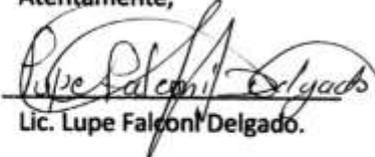
**Lic. Mariana Cedeño de Centeno**  
**COORDINADORA DE GESTION DE ENFERMERIA DEL HRZ**

De mis consideraciones

Por medio del presente comunico a usted que voy a aplicar el proceso de control del desempeño del personal de enfermería en el área de neonatología, como requisito para la obtención del título de Magister en Gerencia de Salud y cuyo título es, PROCESO DE CONTROL DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEONATOLOGIA HOSPITAL "RODRIGUEZ ZAMBRANO" DE MANTA MARZO-AGOSTO 2011

El cual se llevara a efecto el día 26 y 27 de julio del 2011.

Atentamente,



Lic. Lupe Falcon Delgado.

MAESTRANTE.

R/Mariana  
4/10/11.  
9/10

Recibido  
Dpto Gest de Cal  
4/10/11

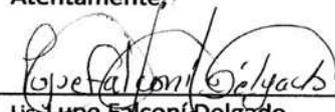
Manta 15 de julio 2011

**Lic. Roció Acosta.**  
**LIDER DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HRZ MANTA**  
Ciudad

De mis consideraciones

Por medio de la presente comunico a usted, que voy aplicar la herramienta de evaluación del desempeño del personal de Enfermería en el área de neonatología, como requisito para la obtención del título de Magister en Gerencia de Salud y cuyo título es PROCESO DE CONTROL DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEONATOLOGIA HOSPITAL "RODRIGUEZ ZAMBRANO" DE MANTA MRZO-AGOSTO 2011

El cual se llevara a cabo los días 26 y 27 julio del 2011

Atentamente,  
  
Lic. Lupe Falcon Delgado  
MAESTRANTE

  
Lic. Rocio Acosta M. Mg. G.  
LIDER ENFERMERIA  
NEONATOLOGIA  
H. R. Z.

Manta 9 junio 2011

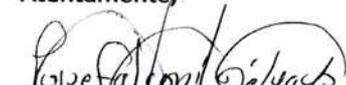
**Personal de enfermería del servicio de neonatología**

De mis consideraciones:

La presente es para comunicarles de la Evaluación que voy a realizar al personal de enfermería en el servicio de neonatología, aplicando Proceso de Control del Desempeño del Personal de Enfermería en el Servicio de Cuidados Intensivos de Neonatología Hospital "Rodríguez Zambrano" Manta marzo – agosto 2011, como requisito para la obtención del título de Magister en Gerencia de Salud, en la Universidad Técnica Particular de Loja. Evaluación se realizara a partir del mes de JULIO 2011

Esperando contar con su colaboración, les quedo de antemano agradecida.

Atentamente,



Lic. Lupe Falconi Delgado

MAESTRANTE



Lic. Rocío Acosta M. Mg. Gs.  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
NEONATOLOGIA  
H. R. Z.

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

Acta

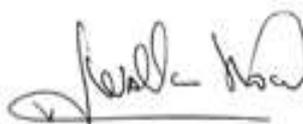
En la ciudad de Manta al 12 de marzo del 2011 siendo las 11H30, en la Dirección del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta, previa convocatoria de partes de los involucrados se lleva a cabo la reunión de trabajo con las autoridades de salud como: Director, Subdirector, Coordinadora de Gestión, Líder de Neonatología, Jefe de Estadísticas, la misma que tiene como fin comunicar sobre mi proyecto de tesis, en la cual mi objetivo principal es contar con la ayuda y colaboración de cada uno de ellos

Terminada la reunión y con la aprobación de cada uno de los presentes, en la siguiente acta dejan asentada las firmas como compromiso de ayudarme con la información y la aprobación de cualquier informe que necesite para el avance y culminación de mi proyecto de tesis.

Atentamente,

  
Dr. Carlos Llor García  
DIRECTOR DEL HOSPITAL



  
DIRECTOR DEL HOSPITAL  
ENCAYAD

Dr. Walter Roca  
Subdirector



Lic Mariana Cedeño  
Coordinadora de Gestión

  
Lic Rocio Acosta  
LÍDER DE NEONATOLOGIA

Lic Rocio Acosta  
Líder de Neonatología



Sra. Melva Pacheco  
Jefe de Estadística

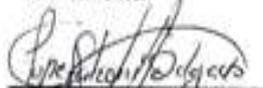
Manta, 7 de Julio del 2011

Sres.  
Autoridades del Hospital

Como resultado de mi proyecto de tesis hago la entrega formal del manual de Procesos de Control del desempeño del personal de enfermería para ser aplicado en la unidad de cuidados intensivos de neonatología del hospital Rodriguez Zambrano de Manta.

Como constancia del recibido adjunto la firma de cada una de las autoridades del Hospital con copia adjunta.

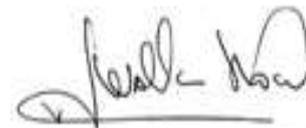
Atentamente,

  
Lic. Lupy Falconi Delgado

Recibido:

  
Dr. Carlos Lóor García  
DIRECTOR DEL HOSPITAL  
Director



  
SUBDIRECTOR DEL HOSPITAL  
"INCAI @ AD"

Subdirector



Coordinadora de gestión

  
LIDER DE NEONATOLOGIA

Lider de Neonatología

### CERTIFICACION.

Yo Lic. Rocio Acosta por medio de la presente certifico la revision y aprobacion del manual de Procesos de Control del desempeño del personal de enfermeria para ser aplicado en la unidad de cuidados intensivos de neonatologia del hospital Rodriguez Zambrano de Manta, como resultado del proyecto de tesis de la Lic. Lupe Falconi.

Atentamente,

The image shows a handwritten signature in black ink, which appears to be 'Rocio Acosta'. Below the signature is a circular official stamp. The text within the stamp is partially legible and includes 'Lic. Rocio Acosta M. N. S. S.' and 'MANTA'.

Lcd. Rocio Acosta

Manta 8 de marzo del 2011.

Ing.

Melva Pacheco

Lider de estadística del HRZ Manta

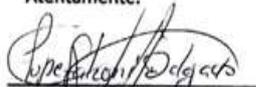
Ciudad

De mis consideraciones

Reciba un cordial saludo, la presente es para comunicarle que he realizado un proyecto para la obtención de mi título de magíster en gerencia de salud, En La Universidad Técnica Particular De Loja el cual es proceso de control del desempeño del personal de la enfermería en la unidad de cuidados intensivos de neonatología del HRZ de manta.

Por lo cual solicito reunirme con usted para dar a conocer el proyecto y tener su aporte de datos estadísticos.

Atentamente.



Lic. Lupe Falconí Delgado



Melva Pacheco

Manta 9 de marzo del 2011

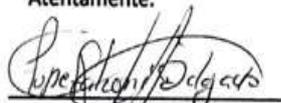
Autoridad del HRZ de Manta

Ciudad

Reciba un cordial saludo la presente es para comunicarle de la reunión que se va a llevar a cabo en la dirección del HRZ de Manta, como maestrante de La Universidad Técnica Particular De Loja para dar a conocer el proyecto de tesis y de aceptar el compromiso de colaboración de la misma el cual se llevara a cabo el 12 de marzo del 2011 a las 10:30, con las siguientes dignidades: Director, Subdirector, Coordinadora de Gestión de Enfermería, Líder de Neonatología y Líder de Estadística

Seguro de constar con su presencia quedare agradecido

Atentamente.

  
Lic. Lupe Falconí Delgado

  
Dr. Carlos Loo García  
DIRECTOR DEL HOSPITAL



  
DIRECTOR del HOSPITAL  
GENERAL de MANTA

Manta 9 de marzo del 2011

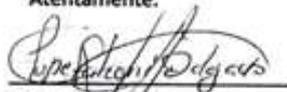
Autoridad del HRZ de Manta

Ciudad

Reciba un cordial saludo la presente es para comunicarle de la reunión que se va a llevar a cabo en la dirección del HRZ de Manta, como maestrante de La Universidad Técnica Particular De Loja para dar a conocer el proyecto de tesis y de aceptar el compromiso de colaboración de la misma el cual se llevara a cabo el 12 de marzo del 2011 a las 10:30, con las siguientes dignidades: Director, Subdirector, Coordinadora de Gestión de Enfermería, Líder de Neonatología y Líder de Estadística

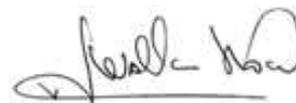
Seguro de constar con su presencia quedare agradecido

Atentamente.

  
Lic. Lupe Falconí Delgado

  
Dr. Carlos Lóor García  
DIRECTOR DEL HOSPITAL


  
DIRECTOR DEL HOSPITAL  
FNCAT S.A.S.  
MANTA

  
Coordinadora en gestión Mariana Cedeño

  
ESTADÍSTICA  
MANTA

Ing. Melva Pacheco

  
Lic. Rocio Acosta

Lic. Rocio Acosta

Manta 28 de julio de 2011

Personal de enfermería de neonatología HRZ Manta

Ciudad.

De mis consideraciones.

Reciba un cordial saludo, la presente es para dar a conocer los resultados de la evaluación que se realizó el día 26 y 27 de julio del 2011 en los diferentes turnos al personal de enfermería, y de los cambios en los registros de control de actividades de enfermería estandarizadas.

De contar con su presencia quedare agradecida, la reunión se llevará a cabo el 30 de julio 2011 a las 10H30 en la sala de reunión de neonatología

Atentamente.



Lic. Lupe Falconi Delgado



Lic. Rocio Acosta M. M. de  
Neonatología

Lcd Rocio Acosta

**FICHA DE  
HERRAMIENTA DE  
EVALUACIÓN**

NOMBRE:

AREA:

FECHA

FUNCION:

<b>PROCESO DE CONTROL DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PROCESO 1.- SINDROME DISTRES RESPIRATORIO</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en termo cuna			
• Colocar oxigenoterapia por oxipod			
• Control de signos vitales			
• Monitoreo del RN saturación de oxígeno			
• Canalizar vía			
• Administración de medicación IV			
• Control de peso			
• Toma de medidas antropométricas.			
• Colocar sonda oro gástrica al RN			
• Control de residuo gástrico			
• Toma de muestra de examen de laboratorio			
• Toma de muestra de hemocultivo con resina			
• Control de glicemia capilar			
• Control de ingesta y eliminación			
• Toma de RX			
• Curación de ombligo			

NOMBRE:

AREA:

FECHA:

FUNCION:

<b>HERRAMIENTA DE MONITOREO Y EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PROCESO 2.- MEMBRANA HIALINA</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en termo cuna			
• Colocar oxigenoterapia por oxipod			
• Control de signos vitales			
• Monitoreo del RN saturación de oxígeno			
• Control de peso			
• Toma de medidas antropométricas			
• Canalizar vía			
• Administración de medicación IV			
• Colocar sonda oro gástrica al RN			
• Control de residuo gástrico			
• Toma de muestra de examen de laboratorio			
• Toma de muestra de hemocultivo con resina			
• Toma de muestra de glicemia capilar			
• Control de ingesta y eliminación			
• Toma de RX			
• Curación de ombligo			

NOMBRE:

AREA:

FECHA:

FUNCION:

<b>HERRAMIENTA DE MONITOREO Y EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PROCESO 3.- HIPOGLICEMIA</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en servocontrol			
• Canalizar vía			
• Monitoreo del RN saturación de oxígeno			
• Toma de muestra para examen de laboratorio			
• Control de glicemia			
• Colocar sonda orogastrica			
• Alimentación con leche materna por sonda oro gástrica.			
• Control de peso			
• Toma de medidas antropométricas			
• Baño del RN			
• Curación de ombligo			

NOMBRE:

AREA:

FECHA:

FUNCION:

<b>HERRAMIENTA DE MONITOREO Y EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PROCESO 4.- PSEPSIS NEONATAL</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en Servocontrol			
• Colocar oxigenoterapia por oxipod			
• Control de signos vitales.			
• Monitoreo del RN saturación de oxígeno			
• Canalizar vía			
• Administración de medicación IV			
• Toma de muestra de examen para laboratorio.			
• Toma de muestra de hemocultivo			
• Toma de muestra para hemocultivo con resina			
• Colocar sonda orogastrica			
• Control de residuo gástrico			
• Control de peso			
• Toma de medidas antropométricas			
• Curación de ombligo			
• Control de ingesta y eliminación.			
• Toma de RX			

NOMBRE:

AREA:

FECHA:

FUNCION:

<b>HERRAMIENTA DE MONITOREO Y EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PROCESO 5.- HIPERBILIRRUBINEMIA</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en servocontrol			
• Aplicación de fototerapia.			
• Protección ocular del RN			
• Toma de muestra para laboratorio			
• Toma de muestra para hemocultivo con resina			
• Canalizar vía			
• Administración de medicación IV			
• Alimentación por vía oral.			
• Control de peso			
• Toma de medidas antropométricas.			
• Toma de RX			
• Curación de ombligo			

NOMBRE:

AREA:

FECHA:

FUNCION:

<b>HERRAMIENTA DE MONITOREO Y EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PROCESO 6.- PESO BAJO</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en servocontrol			
• Toma de signos vitales			
• Monitoreo del RN saturación de oxígeno			
• Canalizar vía			
• Administración de medicación IV			
• Toma de muestra para examen de laboratorio			
• Colocar sonda orogastrica			
• Administración de medicación por vía oral			
• Alimentación por sonda orogastrica.			
• Curación de ombligo			
• Control de peso			
• Baño del RN			
• Control de ingesta y eliminación			
• Toma de RX			

NOMBRE:

AREA:

FECHA:

FUNCION:

<b>HERRAMIENTA DE MONITOREO Y EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PROCESO 7.- PREMATURO</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en termo cuna			
• Colocar oxigenoterapia por oxipod			
• Control de peso.			
• Toma de medidas antropométricas.			
• Control de signos vitales			
• Monitoreo del RN saturación de oxígeno			
• Canalizar vía			
• Administración de medicación IV			
• Colocar sonda oro gástrica al RN			
• Control de residuo gástrico			
• Alimentación con leche materna por sonda oro gástrica			
• Toma de muestra de hemocultivo con resina			
• Toma de muestra para examen de laboratorio			
• Control de glicemia capilar			
• Control de ingesta y eliminación			
• Toma de RX			
• Curación de ombligo			

NOMBRE:

AREA:

FECHA:

FUNCION:

<b>HERRAMIENTA DE MONITOREO Y EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PROCESO 8.-NEUMONIA</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b># DE VECES</b>
• Lavado de manos			
• Recepción del RN en servocontrol			
• Colocar oxigenoterapia por oxipod			
• Control de signos vitales			
• Monitoreo del RN saturación de oxígeno			
• Canalizar vía			
• Administración de medicación IV			
• Toma de muestra de examen de laboratorio			
• Toma de muestra para hemocultivo con resina			
• Colocar sonda oro gástrica al RN			
• Aspiración secreciones			
• Curación de ombligo			
• Control de peso			
• Toma de medidas antropométrica.			
• Control de ingesta y eliminación			
• Toma de RX			

**LISTADOS DE  
ASISTENCIA**

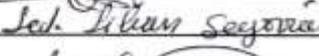
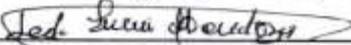
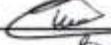
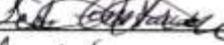
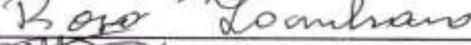
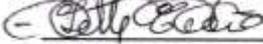
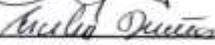
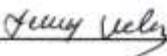
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local

IMPLEMENTACION DE HERRAMIENTA GERENCIAL DE ENFERMERIA PARA EL MONITOREO Y EVALUACION DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL EN EL AREA DE NEONATOLOGIA EN EL HRZ MANTA 2010

Registro de Asistencia de socialización de Herramientas.

Fecha: MANTA 22 de julio 2011

Lcda. Roció Acosta	
Lcda. Lillian Segovia	
Lcda. Gloria Solórzano	
Lcda. Lucia Mendoza	
Lcda. Carmen Valencia	
Lcda. Ángela Chica	
Cruz Constantine	
Sra. Ángela López	
Sra. Rosa Zambrano	
Sra. Letty Cedeño	
Sra. Mónica Chinga	
Sra. Ercilia Dueñas	
Sra. Lorgia Cedeño	
Sra. Graciela Bazurto	
Sra. Ramona Delgado	
Sra. Patricia Anchundía	
Sra. Verónica Orellana	
Sra. Jenny Veliz	

Sra. Aida Guerrero

Aida Guerrero

Sra. Juana Macías

Sr. Kleber Ponce

Kleber Ponce

Sra. Mercedes Valencia  
Sra. July Lora  
Sr. Honorico Delgado  
Sr. María Dutiñas  
Sr. Eleana Alcívar

Mercedes Valencia  
July Lora  
~~María Dutiñas~~  
~~Honorico Delgado~~  
~~Eleana Alcívar~~

**CRONOGRAMA DE  
ACTIVIDADES**

