



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
ESCUELA DE POSTGRADO

TESIS

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD PARA CATEGORIZAR A NIVEL II-2 AL
HOSPITAL GENERAL “JOSE H. SOTO CADENILLAS” – CHOTA.

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO
EN GESTIÓN PÚBLICA

AUTOR

Br. ROBERTO FERNANDEZ RODRIGUEZ

ASESOR

Ms.C. JUAN MANUEL ANTÓN PÉREZ

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
GESTIÓN Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

CHICLAYO - PERÚ

2017

Jurado

Dr. Hugo Enrique Huiman Tarrillo
Presidente

Dr. Carlos Alberto Cherre Anton
Secretario

Mg. Juan Manuel Antón Pérez
Vocal

DECLARACIÓN JURADA

Yo, **ROBERTO FERNANDEZ RODRIGUEZ**, identificado con DNI N°.27382546, egresado del Programa de Maestría en Gestión Pública de la Universidad César Vallejo SAC. Chiclayo.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Soy autor de la tesis titulada: PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE IMPLEMENTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA CATEGORIZAR A NIVEL II-2 AL HOSPITAL GENERAL “JOSE H. SOTO CADENILLAS” CHOTA. La misma que presento para optar el grado de: Maestro en Gestión Pública.
2. La tesis presentada es auténtica, siguiendo un adecuado proceso de investigación, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros porque la autoría corresponde al investigador y las fuentes consultadas en encuentran conforme a las normas APA.
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a LA UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causada en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

De identificarse algún tipo de falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo S.A.C. Chiclayo; por lo que, LA UNIVERSIDAD podrá suspender el grado y denunciar tal hecho ante las autoridades competentes conforme lo señala la Ley N°.27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Chota, 20 de febrero de 2017

.....
ROBERTO FERNANDEZ RODRIGUEZ
DNI N°.27382546

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, por iluminarme, bendecirme y darme sabiduría para lograr el éxito en mi vida, para ser cada día una persona más útil al servicio de la sociedad. A mis padres, por darme la vida y por guiarme desde lo infinito mediante los dogmas espirituales, para lograr mis anhelos en todas mis metas trazadas.

A mi esposa, por inculcarme en todo momento mucha perseverancia y llegar a concretizar mis anhelos durante la trayectoria del largo camino iniciado y emprendido para alcanzar mis objetivos. En especial a mis estimadas y muy honorables hijas: Yadira y Liz Thalía, que son fuente de motivación, esperanza y fe, que compartimos en el seno del hogar para lograr una sólida unidad familiar con altos valores morales y espirituales, que resulta descubrir el camino hacia la sabiduría.

Roberto

AGRADECIMIENTO

La virtud del ser humano es que tiene creación, por esta razón es expresar agradecimiento y agradezco en una forma muy sincera:

Al Ms.C. Juan Manuel Antón Pérez, Asesor de la Tesis, por brindarme en todo momento su apoyo incondicional mediante su sabiduría en la materia, para hacer realidad en forma oportuna la culminación satisfactoria del trabajo de investigación, ya que sin ello hubiese resultado muy difícil lograr el trabajo iniciado.

Al personal administrativo y en especial al personal asistencial del Hospital General I “José H. Soto Cadenillas” Chota, por brindarme su apoyo y colaboración en la realización del pre y pos test, basado en la opinión de los usuarios sobre categorización al Nivel II-2 para resolver mejor sus problemas de salud y las encuestas sobre la percepción de los servicios de salud y valorar la propuesta de un programa de implementación de servicios de salud.

El Autor

PRESENTACIÓN

Señores integrantes del Jurado:

De conformidad con lo establecido por el Reglamento de Grados y Títulos de la prestigiosa Universidad “César Vallejo”, tengo a bien dirigirme a cada uno de ustedes y poner a vuestra consideración la Tesis que lleva por título: “Propuesta de un programa de implementación de servicios de salud para categorizar a Nivel II-2 al Hospital General José H. Soto Cadenillas – Chota”, esperando que tenga una debida acogida para la aprobación respectiva, y poder obtener el grado deseado de Maestro en Gestión Pública.

La finalidad que me llevó a impulsar el presente trabajo de investigación es para aportar y contribuir en el logro de una calidad del servicio de salud que debe brindar el Hospital General “José H. Soto Cadenillas” Chota, a favor de las personas que reciben atención de salud por ser este un derecho fundamental para la protección de la vida individual, familiar y social.

En el trabajo se ha aplicado el tipo de investigación observacional, retrospectiva y longitudinal, con un diseño metodológico descriptivo para una aplicación del programa de categorización del Hospital Chota, con la finalidad de lograr mejorar la calidad de atención en salud a favor de los pacientes usuarios de los servicios, por resultar de vital importancia que la población sea atendida por médicos especialistas y así garantizar el nivel resolutivo en la recuperación de pacientes, teniendo en consideración la necesidad prioritaria por el crecimiento poblacional dentro de la provincia de Chota y demás provincias de Hualgayoc – Bambamarca; Santa Cruz, parte de población que se atiende de las provincias de Cutervo y Celendín, porque el Hospital Chota brinda una atención a libre demanda y tiene la calidad de Hospital referencial; los aportes realizados en el presente trabajo es mi deseo que sirva de base para que se concrete la categorización.

Índice

Carátula	i
Jurado	ii
Declaración Jurada	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Presentación	vi
Indice	vii
Resúmen	viii
Introducción	ix
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1 Planteamiento del Problema	15
1.2 Formulación del Problema	19
1.3 Justificación	20
1.4 Limitaciones	24
1.5 Antecedentes	24
1.6 Objetivos	32
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	34
2.1 Teorías que sustentan un programa de implementación para Categorización al Nivel II-2 de Hospital	34
2.2 Marco Conceptual	35
2.2.1 Bioseguridad	35
2.2.2 Limpieza	35
2.2.3 Desinfección	35
2.2.4 Esterilización	36
2.2.5 Solidaridad	37
2.2.6 Participación	37
2.2.7 Calidad de Atención	37

2.2.8 Organización de la oferta de servicios de salud	37
2.2.9 Demanda	38
2.2.10 Necesidades de Salud	39
2.2.11 Oferta	39
2.2.12 Estructura	40
2.2.13 Categoría	40
2.2.14 Unidad Productora de Servicios de Salud - UPSS	40
2.2.15 Nivel de atención	41
2.2.16 Categorización	41
2.2.17 Promoción de la Salud	42
CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO	43
3.1 Variable	43
3.2 Operacionalización de la variable	43
3.3 Tipo de estudio	45
3.4 Diseño de estudio	45
3.5 Población	45
3.6 Muestra	46
3.7 Métodos de investigación	47
3.7.1 Método inductivo	47
3.7.2 Método deductivo	47
3.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
3.8.1 Encuesta	48
3.8.2 Observación	48
3.8.3 Cuestionario	48
CAPITULO IV RESULTADOS	49
4.1. Análisis de resultados	49

4.1.1. Análisis del objetivo específico 1	49
4.1.2. Análisis del objetivo específico 2	65
4.1.3. Análisis del objetivo específico 3	70
4.1.4. Análisis del objetivo específico 4	72
CAPITULO V INDICADORES DE GESTION HOSPITAL II-2	74
5.1. Análisis y medición del proceso por servicios	74
5.1.1. Servicio de consulta externa	74
5.1.2. Servicio de emergencia y observación	76
5.1.3. Servicio de hospitalización	77
5.1.4. Servicio de centro quirúrgico	81
5.1.1. Servicio de laboratorio	83
5.1.1. Servicio de rayos x e imágenes	85
CAPITULO VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS	87
6.1. Sobre el objetivo general	87
6.2. Sobre el objetivo específico 1	88
6.3. Sobre el objetivo específico 2	90
6.4. Sobre el objetivo específico 3	91
6.5. Sobre el objetivo específico 4	92
CAPITULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	93
7.1. Conclusiones	93
7.2. Recomendaciones	94
CAPITULO VIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	96
CAPITULO IX ANEXOS:	98
9.1. Informe opinión de experto	98
9.2. Autorización de aplicación de instrumento	100
9.3. Encuesta aplicada a usuarios	101
9.4. Constancia de aplicación del instrumento	105

9.5. Cronograma estructural	105
9.6. Cuadro de asignación de personal – CAP.	107
9.7. Fotos del Hospital en estudio	123
9.7.1. Fotos de la fachada del Hospital en estudio	123
9.7.2. Fotos del servicio de emergencia	124
9.7.3. Fotos de la sala de operaciones	126
9.7.4. Fotos del servicio de pediatría	128
9.7.5. Fotos del servicio de medicina	129
9.7.6. Fotos del servicio de cirugía	130
9.7.7. Fotos del servicio de ginecología y consultorios externos.	131
9.7.8. Fotos del servicio de Rayos X	132

RESÚMEN

El trabajo de investigación consiste en el análisis y descripción de las condiciones actuales de atención de pacientes que brinda el Hospital en estudio, para buscar y lograr la calidad de atención en salud en beneficio de los usuarios siempre aplicando las destrezas y competencias laborales de los servidores públicos.

Analizado el problema de investigación fue en los aspectos que contempla la implantación de una innovación dentro de la organización, basados en el aspecto científico, tecnológico acorde con los avances de la medicina moderna, el análisis servirá a la entidad pública para diseñar y aplicar estrategias de mejora para lograr la calidad de atención que favorezca la eficiencia y eficacia del mismo, el problema también surge del incremento poblacional y las complicaciones patológicas en los pacientes.

La investigación se realizó en base a la metodología de estudio de caso, obteniendo información de la muestra tomada a noventa usuarios de los servicios de salud y registro de datos de la entidad que hizo posible tener una mejor ilustración de las necesidades institucionales, identificando el poco nivel resolutivo en las patologías presentadas en los pacientes por la falta de médicos especialistas.

El presente trabajo favorecerá para la formulación de conclusiones y recomendaciones, las cuales deberán ayudar al Hospital en estudio para que obtenga una visión general de las condiciones actuales en la que se encuentra, de manera que ayuden a tomar decisiones determinantes para la eficiente categorización y la solución en su debido tiempo no solo en cada unidad prestadora de servicios sino en toda la organización.

PALABRAS CLAVES: Calidad de atención, competencias laborales, eficiencia, eficacia, complicaciones patológicas.

ABSTRACT

The research work consists of the analysis and description of the current conditions of patient care provided by the Hospital under study to seek and achieve the quality of health care for the benefit of users always applying the skills and labor competencies of the servers The public.

Analyzed the research problem was in the aspects that contemplates the implantation of an innovation within the organization, based on the scientific and technological aspect in line with the advances of modern medicine, the analysis will serve the public entity to design and implement strategies of Improvement to achieve the quality of care that favors the efficiency and effectiveness of the same, the problem also arises from the population increase and the pathological complications in the patients.

The research was done based on the methodology of case study, obtaining information from the sample taken to ninety users of the health services and data registry of the entity that made it possible to have a better illustration of the institutional needs, identifying the little Resolution level in the pathologies presented in the patients by the lack of medical specialists.

The present work will favor the formulation of conclusions and recommendations, which should help the Hospital under study to obtain an overview of the current conditions in which it is located, in order to help make decisive decisions for the efficient categorization and Solution in due course not only in each service provider unit but throughout the organization.

KEY WORDS: Quality of care, labor competencies, efficiency, efficacy, pathological complications.

INTRODUCCIÓN

La calidad de atención en salud se ha convertido en un problema latente en gran parte de nuestro país, que enfocando desde el punto de sus dimensiones estas se encuentran presentes en la mayoría de hospitales, en especial donde los hospitales tienen menor categoría y nivel resolutivo para lograr resolver un problema patológico de riesgo latente en el paciente, la clasificación resultaría basado en el binomio recursos humanos - materiales; resultando como preocupación la implementación muy deficiente en todos sus aspectos, por esta razón se considera que la persona tiene derecho a gozar de una atención en salud que sea eficiente, eficaz y de calidad para lograr resolver el riesgo vida del paciente, resultando de necesidad prioritaria implementar y categorizar los nosocomios que reúnan las condiciones, considerando su población de atenciones, el grado de complejidad de las patologías presentadas, el nivel resolutivo de acuerdo a la categorización alcanzada, siendo estos criterios básicos para la toma de decisiones en la implementación de la calidad de servicio y atención al paciente, entonces resulta ser prioritario que el Ministerio de Salud a través de sus órganos desconcentrados tomen acciones administrativas para la categorización del nosocomio, hechos ocurridos que llevo a la motivación para realizar la presente investigación, porque es la mejor manera de solucionar la problemática y el déficit de atención en calidad de salud que presta el Hospital General “José H. Soto Cadenillas”, bajo estas perspectivas se ha sistematizado la investigación en propuesta de un programa de implementación de servicios de salud para categorizar a Nivel II-2 al Hospital en estudio de manera coherente para ser aplicado en calidad de instrumento base para su ejecución en la categorización.

En el Capítulo I, abarca el Problema de Investigación con el planteamiento del problema identificado, con la justificación, limitación y los antecedentes, incluido el objetivo general y cuatro objetivos específicos.

El Capítulo II, incluye el marco teórico con la descripción de las teorías que sustentan un programa de implementación de servicio de salud para categorización y el marco conceptual considerado en diferentes definiciones.

El Capítulo III, considera el marco metodológico, incluyendo a la hipótesis, variable, operacionalización de la variable; tipo y diseño de estudio, población, muestra, métodos de investigación, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

El Capítulo IV, describe los resultados de las muestras recolectadas por cada objetivo específico, con una descripción detallada de todo lo investigado y los criterios que se deben aplicar para lograr una categorización del Hospital en estudio, teniendo en cuenta la necesidad de la base de muestra tomada y la importancia ante toda la población usuaria de los servicios de salud.

El Capítulo V, narra sobre la comparación de indicadores de gestión hospitalaria y la discusión de resultados por cada servicio en función de rendimiento, concentración y medición; la discusión esta basada en el objetivo general y cuatro objetivos específicos basados en forma directa en el tema de investigación y estudio.

El Capítulo VI, se realiza las **conclusiones** las cuales están detalladas en forma resumida de la problemática institucional consistente en infraestructura, equipos, especialidades y médicos especialistas; las **recomendaciones** están basadas teniendo un criterio estructurado del sistema de organización en base a la meritocracia para la formación de equipos de trabajo que tengan una participación de trabajo por resultados; las **referencias bibliográficas** están mencionadas de los documentos en consulta para la investigación; y los **anexos** están conformados por documentos aplicados en la investigación y los documentos de gestión que debe utilizarse teniendo en cuenta la categoría y nivel de cada Hospital.

CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Como afirma Casalino (2008)“ se ha descrito que el paciente, usuario de los servicios de salud, tiene tres niveles de necesidades respecto a la calidad” (p. 145); entonces “el primer nivel es de las necesidades o expectativas básicas en el cual los pacientes esperan que la asistencia sea fiable, revestida de competencia, cortesía, educación, honestidad, credibilidad, seguridad en el tratamiento” (p. 145); asimismo “en el segundo nivel se sitúan el interés y la disposición por ofrecer un servicio rápido, responsable, accesible, con atención individualizada, adecuada comunicación y una implicación personal en los aspectos humanos del cuidado” (p. 145); además considera “el tercer nivel es el de la buena apariencia física de las instalaciones y del personal así como una relación costo-beneficio favorable” (p. 145).

“La Categoría es el tipo de establecimientos de salud que comparten responsabilidades funcionales y complejas en común, para responder y resolver la realidad sanitaria de una población de su ámbito de trabajo” (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, . 10).

El objetivo de todo sistema de salud es preservar y mejorar la salud de la población y para ello, debe cumplir las funciones de rectoría, financiamiento, provisión de servicios y creación de recursos humanos y físicos, esta última función hace referencia a los insumos básicos que se requieren para la producción de servicios, especialmente los recursos humanos, la infraestructura y el equipamiento; el Estado es el principal responsable del adecuado desempeño del sistema de salud y en el Perú es el Ministerio de Salud. (Zeballos, Pastor, & Moscoso , 2011, p. 178)

“La ampliación de la cobertura conforme a los principios de universalidad y solidaridad depende del modo en que se organice el financiamiento de la salud” (Titelman, Centrangolo , & Acosta, 2015, p. 69).

Según Frenk (2015)“En la búsqueda de una cobertura universal de salud, las sociedades latinoamericanas están diseñando políticas para garantizar tres tipos de protección a todos sus miembros” (p. 65); además “la protección contra riesgos de salud pública mediante la vigilancia, la prevención y las actividades de regulación; la protección de los pacientes a través de la evaluación de la calidad de la atención” (p. 65); también considera “la protección financiera contra las consecuencias económicas de las enfermedades y las lesiones; con su enfoque integral y su orientación universalista, la protección social en salud representa una etapa avanzada de seguridad social” (p. 65); entonces sostiene también que “en la que la cobertura ya no es vista simplemente como un beneficio del empleo, sino más bien como un derecho ciudadano, y que el momento para alcanzarla es ahora” (p. 65).

“Establecimiento de Salud del segundo nivel de atención responsable de resolver los problemas de salud de los usuarios del servicio en forma integrada para pacientes ambulatorios y los hospitalizados deben ser atendidos por las especialidades básicas existentes” (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 45).

Los sistemas de salud de América Latina son altamente fragmentados, los derechos concedidos, la cobertura y la organización institucional varían entre los distintos grupos de la población; los sistemas de salud están organizados por una combinación de los servicios tradicionales del sector público para los grupos de bajos ingresos, los servicios de seguridad social para los empleados formales, y los servicios privados para los que tienen capacidad de pago, la carencia de coordinación entre los tres subsectores ha sido fuente de ineficiencias. (Titelman et al. 2015, p. 69)

“Los diversos grados de fragmentación dificultan el uso eficiente de los recursos requeridos para alcanzar la cobertura universal de salud” (Titelman et al, 2015, p. 69).

Según APOYO Consultoria (2012 - 2016)

“En el sector salud, la información sobre la disponibilidad y calidad de establecimientos de salud no permite establecer una comparación del estado de la infraestructura del Perú con los países de América Latina” (p. 125); además “un indicador que puede emplearse para este ejercicio, sin embargo, es el número de camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes” (p. 125); entonces “de acuerdo con la información disponible, el Perú dispone de 1.5 camas hospitalarias por cada 1 000 habitantes, cifra que se encuentra por debajo del promedio de América Latina” p. 125).

“Para el análisis de la infraestructura del sector en el país, se realizó una evaluación tanto en términos de cobertura como de calidad” (APOYO Consultoria, 2012 - 2016, p. 127).

Como afirma APOYO Consultoria (2012 - 2016)

“Es necesario tomar en cuenta la complementariedad de la inversión en infraestructura con la disponibilidad de equipos médicos, medicinas y recursos humanos” (p. 144); además “una adecuada infraestructura de salud no sería útil sin la adecuada provisión de medicinas y equipos médicos para la atención de los pacientes” (p. 144).

El análisis en relación con la cobertura, se consideraron dos factores; la disponibilidad de establecimientos de salud y las condiciones de accesibilidad, medidas en términos de la lejanía de los centros de salud y los tiempos de acceso; en cuanto a la calidad de la infraestructura, se consideró la información correspondiente al último censo de hospitales, realizado en el año 2005, debido a que a la fecha no existe mayor información disponible. (APOYO Consultoria, 2012 - 2016, p. 127)

“Es preciso articular los subsistemas existentes de forma específica, se recomienda tomar una decisión de política clara en cuanto al planeamiento del sector salud durante el presente quinquenio” (APOYO Consultoría, 2012 - 2016, p. 141); además “en el sector, se puede apreciar una incertidumbre respecto del rumbo de las políticas de salud durante el quinquenio 2012-2016” (APOYO Consultoría, 2012 - 2016, p. 141); entonces “si bien se ha iniciado con algunas políticas aisladas en materia de salud, como la implementación del Sistema de Atención Móvil de Urgencias pero no existe un pronunciamiento claro de política” (APOYO Consultoría, 2012 - 2016, p. 141).

En la provincia de Chota, en la actualidad existe el Hospital General I “José H. Soto Cadenillas” y tiene asignado la Categoría en el Nivel II – 1, que corresponde a un Hospital de segundo nivel, es el indicado para resolver los problemas de salud de la población de las provincias de Chota, Hualgayoc – Bambamarca y Santa Cruz, además a pacientes referidos de la jurisdicción de las provincias de Cutervo y Celendín, sin dejar de lado la atención a pacientes de diferentes regiones de nuestro país, porque cuenta en la actualidad con especialidades de: Cirugía General, Ginecología, Pediatría y Anestesiología, funcionando también en forma eventual dos días por semana la especialidad de Gastroenterología con acciones de tratamiento, hospitalización, recuperación, actividades preventivas de salud, el Ministerio de Salud lo ha categorizado al Nivel II-1; presentando en la actualidad un ámbito de acción con una población y territorio asignado, siendo también considerado la atención a población no asignada; así como referencial de establecimientos de menor nivel resolutivo de las provincias de Hualgayoc – Bambamarca, Santa Cruz y pacientes que provienen también de las provincias de Cutervo y Celendín; resulta que la gestión hospitalaria debe estar controlada mediante un conjunto de procesos, sistemas, instrumentos y componentes de medición para una gestión dirigida a resolver las patologías que sufren los pacientes, y se debe dotar de una herramienta basada en la meritocracia para que los funcionarios puedan conducir y dirigir una organización funcional en la toma de decisiones

adecuadas y oportunas para poder lograr los objetivos trazados, porque en la actualidad los encargos de funcionarios se realizan solo por elección política, y estos no tienen la capacidad de visión para resolver la problemática hospitalaria en la elaboración de un proyecto para la categorización al Nivel II-2 del Hospital “José H. Soto Cadenillas”, porque si se lograra alcanzar el nivel mencionado se solucionará la falta de médicos especialistas en las diferentes especialidades de la salud, siendo de vital importancia para generar diversas acciones de fortalecimiento hospitalario para la toma de decisiones en resolver patologías complicadas. Mediante el presente trabajo se busca homogenizar la calidad de atención, deseando que la población de la jurisdicción de las provincias de Chota, Hualgayoc – Bambamarca, Santa Cruz y pacientes de otras jurisdicciones tengan acceso para una atención en salud que preste las garantías y calidad del servicio individual y colectivo, siendo una de las formas para superar el punto crítico del déficit de especialistas es la categorización al Nivel II-2 del Hospital General “José H. Soto Cadenillas”, porque considerando que en los últimos años el crecimiento de la población y el sistema referencial han incrementado la demanda para la prestación de servicios, entonces la organización funcional y la categoría debe estar flexibilizada para poder adaptarse a todos los efectos que resulten de los cambios sociales y culturales de la población usuaria y se debe tener la capacidad de solucionar los problemas de salud de los usuarios del servicio, la gestión hospitalaria debe estar basada en una administración de excelencia en las funciones administrativas y la calidad en el nivel asistencial para lograr la credibilidad institucional y la capacidad de respuesta solucionando en la mayoría las patologías que se presentan y sufren los pacientes en general, teniendo como objetivo central el logro de competencias y servicios integrados más convenientes en el cumplimiento de la visión.

1.2. Formulación del Problema

¿Qué factores y estándares sustentan un Programa de Implementación de Servicios de Salud para elevar a Nivel II-2 al Hospital General “José H. Soto Cadenillas” Chota?.

1.3. Justificación

La investigación se justifica práctica y teóricamente por el crecimiento poblacional, el incremento de patologías complicadas en los pacientes y la falta de más especialidades y médicos especialistas; porque hace más de cuarenta y cinco años, que el Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota, presta asistencia médica en forma recuperativa, preventiva, curativa y rehabilitación a una población indefinida en la actualidad porque los pacientes son atendidos a libre demanda sin considerar su domicilio real que se encuentre dentro de la jurisdicción de la provincia de Chota y demás provincias cercanas de Cutervo, Hualgayoc – Bambamarca, Santa Cruz y Celendín, sino que abarca una atención generalizada de todo ciudadano transeúnte, referencial, población cautiva, que en los últimos años se ha visto incrementada y estas por las diferentes causas de patologías que presenta cada paciente son complicadas y necesitan de atención médica por médicos especialistas porque tienen mejor capacidad resolutoria para poder diagnosticar con certeza una patología en el paciente y que este reciba un tratamiento eficiente, eficaz y con calidad de nivel resolutorio para evitar ser trasladado a otros hospitales que lo estaría generando mayor gasto económico, utilización de más pérdida de tiempo y complicación de la patología presentada por el periodo de tiempo que resultaría más prolongado, ya que este tipo de hechos inminentemente atentan contra la salud y la economía de la población y por ende vulneran derechos fundamentales de la persona reconocidos en la Constitución Política, además por el paso del tiempo las condiciones de máxima eficiencia y de óptima atención cada vez han sufrido cambios por los recursos materiales que pierden su vigencia tecnológica y científica, aunado a esto el incremento poblacional que cada día se atienden más pacientes en el nosocomio, quedando reducido cada vez el conjunto de elementos humanos, así como materiales y tecnológicos, perdiendo la relación eficaz del binomio de trabajador y paciente para una calidad de atención en salud, se debe considerar que la relevancia actual del mantenimiento hospitalario debe estar basada como una consecuencia inmediata del progreso

tecnológico y científico, priorizando en transformar la clásica relación entre el binomio personal de salud y paciente, debiendo incorporar en forma muy urgente equipos e instrumental bio-médico de tecnología avanzada para diagnóstico y tratamiento con certeza, teniendo una coparticipación permanente en la medicina según avanza la incorporación de la tecnología apropiada y alcanzada desarrollada a nuestra propia realidad de nivel resolutivo y cimentada en la mecánica y la electrónica, se debe considerar también que la categorización de nivel del nosocomio tiene repercusión no solo en tratar enfermedades sino que juega un papel muy importante en reducir los índices de pobreza la misma que no se ha podido individualizar los porcentajes con datos precisos porque resulta muy complejo identificar pobreza baja, pobreza medio baja, pobreza media o pobreza media alta, porque el potencial de ciencia y tecnología que tenemos nos impide llegar a estos estudios con certeza, por lo tanto resulta siendo importante alcanzar y conseguir un nivel adecuado para que justifique una transferencia de tecnología acorde con el nivel resolutivo en favor de la población y en especial de los usuarios de los servicios de salud que son atendidos en el Hospital Chota y así estar logrando una atención de salud integrada que facilitará mejorar la calidad de vida y la inclusión social de la población; mejorar el acceso de la población especialmente de los más pobres y vulnerables a ser atendidos por médicos especialistas, caso contrario corremos el riesgo que puede llegar a crear una distorsión social e inhibir en algunos casos la capacidad de nivel resolutivo para el bienestar individual, social y desarrollo humano; si consideramos a la calidad de atención en salud, se puede medir desde un servicio que brinda el nosocomio en hospitalización, emergencia, intervenciones quirúrgicas, sala de observación y consultorios externos (ambulatorio) resulta que es dependiente de su complejidad, entonces para solucionar este tipo de deficiencias que implica se debe utilizar una combinación tecnológica de más alto nivel y esta debe aplicarse desde la adquisición de equipos en todos sus aspectos, infraestructura, recursos humanos especializados y capacitados para este tipo de nivel resolutivo, estos elementos deben guardar relación con los diferentes tipos de variables que son utilizadas para una mejor calidad de vida de la población y de los usuarios del

servicio y lo más importante es lograr alcanzar un resultado final en la solución del problema, solo así podemos avanzar y conseguir lograr en parte la satisfacción de individuos y población en general. Debemos considerar que si utilizamos un tiempo adecuado y oportuno en la atención de las patologías complicadas en un paciente, se estará reduciendo el riesgo más inminente de ser trasladado a un nosocomio de las ciudades de Cajamarca o Chiclayo que por su lejanía tiene mayor peligro y resulta más complicado en salvarle la vida.

También resulta de vital importancia en la presente investigación mejorar y lograr la calidad de atención en salud, con la implementación de más especialidades y médicos especialistas teniendo en consideración la inclusión de equipos de última tecnología, para resolver los problemas patológicos presentados en la población usuaria del servicio de salud, tratar de eliminar colas y reducir al mínimo el tiempo de espera para la atención del paciente, solo con este tipo de trabajo, equipamiento y categorización podemos incrementar la satisfacción de los usuarios y población en general, metas trazadas que llevaría a cumplir los objetivos fundamentales de preservar la salud de la población en todas sus dimensiones, para poder dirigirnos hacia un estado de equilibrio entre el ser humano como organismo psicosocial y su medio ambiente, por lo tanto se hace necesario conocer como valores referenciales los parámetros de población, bienestar individual y social, esperanza de vida, etc., y que sirven para determinar las metas, objetivos y resultados en la atención del paciente que se sustenta actualmente en tres pilares fundamentales que son: medicamentos, recursos humanos, equipamiento e infraestructura, y que como prioridad corresponden a las acciones de restauración de la salud, mediante atención médica integrada destinada a recuperar la salud de las personas que la han perdido o lo vienen perdiendo, entonces resulta ayudar a las personas a recuperar y alcanzar el más completo potencial físico, restaurar su estado psicológico, social, teniendo en cuenta que sea compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y si los tuviera algunas limitaciones medio ambientales, y que enfocando desde el punto de vista preventivo el objetivo es que el ser humano goce de un óptimo estado de salud, que le permita estar en condiciones de sobrellevar mejor la

influencia de los factores de riesgo, o que estos sean muy escasos o nulos, por los hábitos y condiciones de vida que tiene, por las cuales el trabajo debe ser restaurador en el goce de buena salud, y no sea afectado por la enfermedad. Esta debe ser la meta trazada por todos los profesionales de salud para formular un objetivo primordial en el campo de atención integral, la recuperación y la promoción de la salud que debe realizar el sector salud, deben estar basada en las de proporcionar a los usuarios, los conocimientos básicos conceptuales y metodológicas que les permita tomar iniciativas en un adecuado control sobre su salud y tratar de mantenerlo óptimo o que lo mejore, en caso de que presente algunas alteraciones, recayendo en la toma de conciencia por la población para su cumplimiento y que en la mayoría de casos por el grado de nivel cultural y por la forma de vida de la población no brindan gran importancia a la prevención de salud, a pesar de su costo beneficio y de las especialidades y especialistas que se incrementaran si se logra que el Hospital “José H. Soto Cadenillas” se categorice a Nivel II -2.

1.4. Limitaciones

En la realización del presente proyecto de investigación encontré como limitación la falta de instrumentos de gestión para sustentar el trámite en la ejecución del proyecto de categorización a nivel II-2 del nosocomio, así como la indiferencia para el empoderamiento de gestión; estas limitaciones en parte fueron superadas porque algunos funcionarios y personal asistencial han quedado empoderados de la importancia y beneficios que genera las categorizaciones en favor de los usuarios de los servicios de salud y de la población en general, iniciando trabajos administrativos en la elaboración de documentos de gestión y proyecto para financiamiento en infraestructura y equipos en todas sus esferas.

1.5. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Según Londoño & Frenk, (1997), Pluralismo Estructurado llega a las siguientes conclusiones: Las condiciones actuales de salud en América Latina y las tendencias que empiezan ya a definir su futuro apuntando en su totalidad a una clara dirección; con la necesidad para una cabal reforma, con el esfuerzo importante de preservar elementos de progreso, resultando necesario identificar y superar los obstáculos que se oponen a un mayor avance. (p. 29)

Londoño & Frenk, (1997), “se debe guiar a la reforma sistemáticamente con enfoques de incorporación a la población familiarizadas con las instituciones públicas” (p. 29); además “para estar en mejor posición de lograr y abordar el reto al que se encuentran enfrentados los sistemas de salud en América Latina” (p. 29); entonces “también a saber eliminar los problemas acumulados y al mismo tiempo es importante hacer frente a las condiciones emergentes” (p. 29).

“En la actualidad han dado pruebas de incapacidad de resolver los retos en su forma y fondo para que se fomente la equidad, la eficiencia y la calidad, proponiendo un nuevo modelo de pluralismo estructurado” (Londoño & Frenk, 1997, p. 29).

“El enfoque pragmático y centrista que evita las trampas de los arreglos extremos, al tiempo que intenta encontrar un equilibrio justo entre los intereses legítimos de todos los actores” (Londoño & Frenk, 1997, p. 29).

El modelo cuando busca integración horizontal de las poblaciones en un sistema de pluralidad cuando está organizado funcionalmente, este modelo tiene la finalidad de proponer innovaciones específicas para cada una de estas funciones; la organización se convierte en la responsabilidad pública medular, para el desarrollo justo de reglas de cumplimiento administrativo y social, el cumplimiento debe ser la misión central de una prestación de servicio de salud renovada que se encuentra mejor adaptada a las nuevas condiciones económicas, sociales y políticas de América Latina; la articulación debe convertirse en una oportunidad para mejorar la creatividad de destrezas y

habilidades basado en instrumentos simples para mediar las transacciones. (Londoño & Frenk, 1997, p. 29)

Según Londoño & Frenk, (1997), considera que “los arreglos actuales han dado pruebas de ser incapaces de resolver ese doble reto de forma que se fomente la equidad, la calidad y la eficiencia” (p. 29); por lo tanto, “hemos propuesto un nuevo modelo de pluralismo Estructurado, en un enfoque pragmático y centrista que evita las trampas de arreglos extremos, y que intenta encontrar un equilibrio justo entre los intereses legítimos de todos los actores” (p. 29); entonces “este modelo busca una integración horizontal progresiva de las poblaciones heterogéneas en un sistema pluralista organizado por funciones” (p. 29); también considera “que el modelo propone innovaciones específicas para cada una de estas funciones y la modulación se convierte en la responsabilidad pública medular, centrada en el desarrollo de reglas del juego justas” (p. 29).

“La prestación de servicios pasa a ser un espacio para introducir el pluralismo con los incentivos correctos, así nuestra propuesta se aleja de la actual integración vertical de las funciones en una sola organización” (Londoño & Frenk, 1997, p. 29).

“Sin embargo, no proponemos una adopción automática de la noción simple de separación entre financiamiento y prestación, tan común en el debate sobre la reforma; en el pluralismo estructurado” (Londoño & Frenk, 1997, p. 29).

“La separación de funciones va más allá de una prescripción simplista e incluye diversas modalidades; primero la modulación es diferenciada del financiamiento y la prestación, lo que evita los conflictos de intereses en los ministerios de salud” (Londoño & Frenk, 1997, p. 29).

Existe una distinción entre la compra y la producción de servicios, misma que abre la posibilidad de introducir organizaciones innovadoras para la articulación de los servicios de salud; tercero mientras que la separación entre

financiamiento y prestación se mantiene en el nivel del sistema de salud, las OASS específicas pueden desarrollar diversas formas para combinar las funciones de aseguramiento con la participación directa en el mercado de servicios de salud; el aprendizaje cuidadoso de las experiencias en otras partes del mundo puede ayudar a los países latinoamericanos a dar un salto para desarrollar efectivamente el pluralismo estructurado. (Londoño & Frenk, 1997, p. 29)

“El financiamiento se vuelve la misión central de una seguridad social para mejorar que se adapte la renovación en condiciones sociales, políticas y económicas de América Latina” (Londoño & Frenk, 1997, p. 29); entonces “la articulación se convierte en una oportunidad para el mejoramiento creativo basado en instrumentos simples para mediar las transacciones” (Londoño & Frenk, 1997, p. 29); además “la prestación de servicios pasa a ser un espacio para introducir el pluralismo con los incentivos correctos” (Londoño & Frenk, 1997, p. 29).

También como afirma Londoño & Frenk, (1997); resultaría improductivo limitarse a copiar modelos como los contratos públicos europeos, la autonomía de los proveedores canadienses o la competencia gerenciada norteamericana; todas éstas han probado ser estrategias válidas para sus circunstancias respectivas; el modelo de pluralismo estructurado aprende las lecciones derivadas de esas experiencias, incorporando sus elementos positivos y corrigiendo sus deficiencias, pero sobre todo adaptándose a la situación particular de América Latina; es claro que cada país tendrá que llevar este proceso de aprendizaje y adaptación a sus propias circunstancias. (pá. 29 - 30)

“En la búsqueda de esta especificidad, destacan varias conclusiones que deben servir para guías y poder hacer el avance de iniciativas de reforma” (Londoño & Frenk, 1997, p. 29 - 30); además “el fortalecimiento institucional es una condición indispensable para lograr una efectiva división de funciones; sin cambios fundamentales en la configuración y la operación de las instituciones, la

descentralización simplemente multiplicará las estructuras burocráticas” (Londoño & Frenk, 1997, p. 29 - 30); por lo tanto, “las estrategias de descentralización deben reconsiderarse a la luz de un marco pluralista como el que propone este artículo; al intentar introducir instrumentos para una administración eficiente” (Londoño & Frenk, 1997, p. 29 - 30).

“El desarrollo de formas de modulación no burocráticas y el fomento de las OASS surgen como dos estrategias fundamentales para el trabajo futuro en la reforma del sistema de salud” (Londoño & Frenk, 1997, p. 29 - 30).

“Las reformas deben alcanzar un nuevo equilibrio entre los actores del sistema de salud, que corrija las múltiples formas en que la soberanía de los consumidores ha sido limitada, vivimos tiempos de exploración y renovación” (Londoño & Frenk, 1997, p. 29 - 30).

“La discusión abierta de las ideas y las experiencias se traduce en nuevas formas de pensamiento y de acción en torno a los sistemas de salud, al confrontar los riesgos de la innovación, las sociedades latinoamericanas serán también capaces de inventar un mejor futuro para sí mismas” (Londoño & Frenk, 1997, p. 29 - 30).

Antecedentes Nacionales

La satisfacción del usuario es uno de los aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención, ha venido cobrando mayor atención en salud pública, siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de servicios de salud; si bien es cierto existe un intenso debate en cuanto a su concepción y metodologías de medición, también es consenso la relevancia de la visión de los usuarios sobre los servicios como un elemento clave en la mejoría de la organización y provisión de los servicios de salud. (Seclen & Darras, 2005, p. 128)

Según Seclen & Darras, (2005)

“El tema de satisfacción usuario es todo un desafío a la salud pública, por lo tanto los planificadores, gestores dedicados a la academia en salud, investigador y usuario en general” (p. 128); además “no existe un consenso claro sobre su significado y concepción pero es evidente que refleja una visión diferente y estratégica de los servicios de salud”, (p. 128).

“La satisfacción del usuario es considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye producto de su encuentro e interacción con el servicio” (Seclen & Darras, 2005, p. 128).

“Es apreciada como relevante al menos en cuatro áreas: comparar sistemas o programas de salud; evaluar la calidad de los servicios de salud” (Seclen & Darras, 2005, p. 128).

“Identificar cuáles son los aspectos de los servicios que necesitan de cambio para mejorar la satisfacción y asistir a las organizaciones sociales en la identificación de consumidores con poca aceptabilidad de los servicios” (Seclen & Darras, 2005, p. 128).

“La conducta del paciente y sus resultados en términos de salud individual; algunos autores han expresado que las encuestas de servicio del usuario generalmente muestran alta satisfacción y poca variabilidad” (Seclen & Darras, 2005, p. 128).

“La introducción de preguntas que exploren y caractericen las experiencias de los pacientes con aspectos específicos de la atención son más informativas y útiles” (Seclen & Darras, 2005, p. 128); adicionalmente “la complementariedad con técnicas de investigación cualitativa fortalecen la riqueza de la información y su potencial uso en la gestión” (Seclen & Darras, 2005, p. 128); además “la satisfacción es un fenómeno básicamente psicológico que requiere de metodologías cualitativas para complementar sus estudios” (Seclen & Darras, 2005, p. 128).

Según las observaciones y especificidades en función al público estudiado, servicio y/o establecimiento proveedor de la atención, motivo de consulta, momento de entrevista y método utilizado, reportes internacionales han evidenciado altos índices de satisfacción del usuario en establecimientos de salud públicos y adicionalmente su poca variabilidad durante los estudios de seguimiento, lo cual ha despertado algunos cuestionamientos en términos de su utilidad como instrumento de monitoreo y valor en la gerencia de servicios. (Seclen & Darras, 2005, p. 128)

Seclén, Darras, (2005)

“Existen políticas sanitarias que impulsan el desarrollo de todo un sistema para el recojo de información en forma periódica según las opiniones de los pacientes y usuarios sobre la percepción de los servicios de salud” (p. 128); por lo tanto “continuando con el procesamiento y generación de información puesta a disposición de los diversos decisores sanitarios, con la finalidad de inducir acciones de mejoría en sus servicios” (p. 128).

“Considera disponer información comparando resultados de ajustes organizacionales en mejoría de calidad desarrolladas por servicios, resultando recomendable la medición de la satisfacción global con la atención con enfoque resultado” (Seclen & Darras, 2005, p. 128); entonces “si el propósito de medir satisfacción del usuario es la identificación de aspectos organizacionales y del proceso de atención que precisan ser mejorados en un servicio de salud” (Seclen & Darras, 2005, p. 128); además “el estudio debería enfocarse principalmente a los componentes de dicha atención para cada enfoque, existe un conjunto de herramientas útiles y validadas; estos enfoques no son, en lo absoluto, excluyentes entre sí” (Seclen & Darras, 2005, p. 128).

Existen varios factores que influyen en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud; sistematizándolos podemos agruparlos en: a) factores individuales: demográficos (edad, sexo, raza), sociales (estado marital, grupo social, nivel educacional, dinámica organizacional de la comunidad, redes de

participación social), económicos (nivel de ingresos, gastos), culturales (etnia, expectativas, concepciones culturales sobre los servicios de salud y el proceso salud-riesgo-enfermedad), experiencia con el servicio (desenlace del contacto previo entre el usuario y el servicio); b) factores familiares / sociales: experiencias con el servicio de parte de amigos, familiares, de la red social circundante, conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad; y, c) factores del servicio de salud: de accesibilidad geográfica como la distancia al servicio de salud y otros dependientes de la propia organización del servicio de salud como la comunicación interpersonal, resolutive del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort del local, privacidad, ente otros. (Seclen & Darras, 2005, p. 128)

“La interacción entre factores resultan en el nivel de aceptabilidad para la satisfacción de un usuario; esta interacción muchas veces resulta muy compleja, porque se trata un aspecto subjetivo, es decir, que se basa en percepciones y experiencias realizadas” (Seclen & Darras, 2005, p. 129).

“En Perú desde mediados de los años 90, se han desarrollado algunas iniciativas puntuales de corto alcance en el tema escucha al usuario, impulsados fundamentalmente por algunos proyectos de cooperación internacional” (Seclen & Darras, 2005, p. 129).

“Tales iniciativas tuvieron un escenario de aplicación bastante reducido y limitaciones en su institucionalización, desde esa misma época, el Ministerio de Salud ha formulado algunos lineamientos en salud dirigidos al usuario” (Seclen & Darras, 2005, p. 129).

Su cristalización como praxis regular, permanente e inmersa en el accionar de los gestores y proveedores de atención continúa siendo un gran desafío; asimismo, la disponibilidad de información sobre el nivel de satisfacción del usuario de los servicios de salud públicos (hospitales y centros de salud) es limitada y no se conoce de estudios basados en muestras nacionales que

exploren las características de satisfacción del usuario y sus diferencias en función de factores sociales, económicos, demográficos, culturales y de las características de la oferta; dentro de las políticas públicas actuales de reducción de las desigualdades e inequidad en salud, se plantea el desafío de explorar la asociación del nivel de satisfacción del usuario según condición económica. (Seclen & Darras, 2005, p. 129)

NTS N°.043-MINSA/DGSP-V.01, (2006) “El Ministerio de Salud como ente rector del Sector Salud tiene que conducir, regular y promover la intervención prioritaria del Sistema Nacional de Salud, en el desarrollo de la atención integral en salud de las personas adultas mayores” (p. 35); además “con este propósito, proponer e impulsar la implementación de acciones dirigidas a la atención y cobertura de las necesidades de salud, contemplando un entorno saludable y el pleno respeto de los derechos fundamentales” (p. 35); así mismo considera “de manera proactiva, participar en la generación y difusión de las políticas de estado para la creación e integración de organismos de protección legal, entidades de atención y defensorías del adulto mayor” (p. 35); entonces “con la atención de estos aspectos, se promueve un clima favorable para la incorporación de los adultos mayores a los proyectos de desarrollo productivo, tanto individual, familiar, comunal y regional” (p. 35).

Antecedentes Regionales

Resolución Ministerial N°.941-2005/MINSA (2005); Lineamientos para la atención integral de salud de las Personas Adultas Mayores: La organización de los servicios de salud debe corresponder a la categoría del establecimiento de salud, así tenemos que: Los establecimientos de salud Categoría I-1, I-2, I-3 y I-4 (Puestos y Centros de Salud) dirigirán sus acciones prioritariamente a las actividades preventivo promocionales; los establecimientos de salud categoría II-1 y II-2 (Hospitales I y II), además de apoyar a las acciones de promoción y prevención, realizarán atención integral ambulatoria y hospitalaria diferenciada, con énfasis para pacientes recuperados y rehabilitados considerando siempre su categoría; los establecimientos categorizados en los niveles III-1 y III-2,

orientarán sus acciones especializadas a la población que presenta daño en atención recuperativa, rehabilitación y seguimiento de casos, así como brindar apoyo en las acciones de promoción y prevención, según los niveles de atención. (p. 22)

“En tal sentido, los servicios serán adecuados a la realidad funcional y social del estilo de vida de las personas, con la implementación de espacios diferenciados, siempre en forma privada y confidente de la consulta al paciente” (Resolución Ministerial N°.941-2005/MINSA, 2005, p. 22).

La organización de los servicios será complementada con las siguientes acciones: Cambios en la gestión de los servicios en los diferentes niveles de atención, que atiendan las necesidades acorde a la realidad sociocultural de este grupo poblacional; fortalecimiento de los mecanismos de referencia y contrareferencia, en los diferentes niveles de atención. (Resolución Ministerial N°.941-2005/MINSA, 2005, p. 22)

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General:

Determinar los factores y estándares que sustenten un programa de implementación de servicios de salud para categorizar a Nivel II-2 al Hospital General “José H. Soto Cadenillas”. Chota.

1.6.2. Objetivos Específicos:

OE1. Realizar un diagnóstico situacional sobre infraestructura, recursos humanos, instrumentos y equipos médicos existentes del Hospital

General “José H. Soto Cadenillas”. Chota y las consideraciones de los usuarios sobre estos rubros.

OE2. Identificar el tipo de infraestructura, recursos humanos, unidades prestadoras de servicios de salud que debe tener el Programa de implementación de servicios de salud de Nivel II-2 para la población de la provincia de Chota basado en las Normas técnicas de salud.

OE3. Elaborar los documentos de gestión que corresponde a un Programa de este tipo.

OE4. Elaborar proyectos de inversión para la construcción de infraestructura y compra de instrumentos y equipos en sus diferentes dimensiones.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1.- Teorías que sustentan un programa de implementación de servicio de salud para categorización.

Como afirman Shimabuku, Huicho, Fernández, Nakachi, Maldonado, Barrientos (2012)

La evaluación de la calidad tiene como propósito entender la magnitud y distribución, cómo se ve afectada por las características de la sociedad, de la institución, del personal de salud y por las categorías de pacientes; desde el año 2008 se inició en el INSN la evaluación y supervisión de la calidad con el indicador satisfacción del usuario externo, su finalidad es obtener información continua de la práctica de la atención sanitaria, con el objetivo de determinar si está logrando o no sus objetivos, de acuerdo a los planes ejecutados, y determinar las causas de las deficiencias para realizar las correcciones oportunamente, y verificar luego las mejoras logradas. (p. 487)

Shimabuku, et al (2012), “existe la idea generalizada de que en los hospitales públicos la atención es de menor calidad que la de los establecimientos privados” (p. 487); entonces “pero en los privados la insatisfacción puede estar más asociada a sus costos de atención que a factores como los evaluados por hospitales públicos” (p. 487); además “el nivel de insatisfacción en el servicio de emergencia puede ser explicada en buena parte por el hecho de que la atención se debe con más frecuencia a enfermedades o accidentes que ponen en riesgo inminente la vida del paciente” (p. 487); lo considera también “la atención que requiere prontitud, recursos especiales y resultados inmediatos en la percepción de los usuarios” (p. 487).

“Los pacientes hospitalizados, debido a la gravedad del paciente o a la incertidumbre sobre su diagnóstico y pronóstico, están sometidos con frecuencia a situaciones de estrés y de frustración diaria” (Shimabuku, et al, 2012, p. 488).

“Entre las medidas adoptadas para mejorar la calidad del servicio se incluyen medidas de mejoramiento de la infraestructura, señalización, mejoras en diversos pasos del proceso de atención para reducir el tiempo de espera” (Shimabuku, et al, 2012, p. 488).

2.2 Marco conceptual

2.2.1 Bioseguridad

La bioseguridad es el conjunto de medidas mínimas a ser adoptadas, con el fin de reducir o eliminar los riesgos para el personal, la comunidad y el medio ambiente, que pueden ser producidos por agentes infecciosos, físicos, químicos y mecánicos; la bioseguridad se realiza en conjunto, el personal que debe cumplir las normas de bioseguridad, las autoridades que deben hacerlas cumplir y la administración que debe dar las facilidades para que estas se cumplan. (NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSA / DGSP - V.01, 2004, p. 09)

2.2.2 Limpieza

Es el proceso mediante el cual se eliminan materias orgánicas y otros elementos extraños de los objetos en uso, mediante el lavado con agua, con o sin detergente, utilizando una acción mecánica o de arrastre; la limpieza debe preceder a todos los procedimientos de desinfección y esterilización, debe ser efectuada en todas las áreas; la limpieza debe ser realizada con paños húmedos y el barrido con escoba húmeda a fin de evitar la resuspensión de los gérmenes que se encuentran en el suelo; deberá iniciarse por las partes más altas, siguiendo la línea horizontal, descendiendo por planos. (NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSA / DGSP - V.01, 2004, p. 10)

2.2.3 Desinfección

Proceso que elimina la mayoría de los microorganismos patógenos excepto las esporas de los objetos inanimados; se efectúa mediante procedimientos en los que se utilizan principalmente agentes químicos en estado líquido, la pasteurización a 75°C y la irradiación ultravioleta; el grado de desinfección producido depende de varios factores: Carga orgánica del objeto; si la limpieza fue inadecuada y existe materia orgánica (sangre) presente, el desinfectante se inactiva; Calidad y concentración del agente antimicrobiano: Naturaleza de la contaminación de los objetos: Tiempo de exposición al agente antimicrobiano; Configuración física del objeto: Tiempo y pH del proceso de desinfección. (NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSA / DGSP - V.01, 2004, p. 10)

2.2.4 Esterilización

NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSA / DGSP - V.01, (2004), “La esterilización es la destrucción de todos los gérmenes, incluidos esporos bacterianos, que pueda contener un material, en tanto que desinfección que también destruye a los gérmenes, puede respetar los esporos” (p. 11); además “la esterilización por vapor: Es el método de elección para el instrumental médico re-utilizable y se debe mantener por lo menos 20 minutos luego que se hayan alcanzado los 121°C a una presión de dos atmósferas” (p. 11); también “la esterilización por vapor: Es el método de elección para el instrumental médico re-utilizable y se debe mantener por lo menos 20 minutos luego que se hayan alcanzado los 121°C a una presión de dos atmósferas” (p. 11); entonces “la esterilización por calor seco: Debe mantenerse por dos horas a partir del momento en que el material ha llegado a los 170°C” (p. 11); por lo tanto “la esterilización por inmersión en productos químicos: Si bien los ensayos de laboratorio han demostrado que numerosos desinfectantes que se usan en los servicios de salud son eficaces para destruir al HIV” (p. 11); concluye que “la inactivación rápida que suelen sufrir por efecto de la temperatura o en presencia de material orgánico, no hace fiable su uso regular (p. ej. Compuestos de amonio cuaternario, Timersal, Iodóforos, etc.)” (p. 11).

2.2.5 Solidaridad

Es deber del Estado promover la solidaridad de la sociedad en su conjunto, asumir la responsabilidad de cubrir las necesidades y facilitar el acceso de la población adulta mayor de escasos recursos a los servicios de salud, alentando todas aquellas acciones que contemplen el beneficio colectivo del mayor número de personas, procurando que el individuo promueva el bienestar de sus semejantes. (Resolución Ministerial N°.941-2005/MINSA, 2005, p. 30)

2.2.6 Participación

Los adultos mayores son ciudadanos y como tales, tienen derecho a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de su salud con calidad, respeto y calidez; también tienen deberes en el mantenimiento y cuidado de su salud, familia y de su comunidad. Por ello, la promoción de salud entre las personas adultas mayores, implica también que el Estado facilite el acceso y promueva el conocimiento de los servicios, manteniendo una actitud permanente de escucha para la adecuación de las políticas e intervenciones al perfil epidemiológico – social y a las expectativas de atención de este grupo poblacional. (Resolución Ministerial N°.941-2005/MINSA, 2005, p. 30)

2.2.7 Calidad de Atención

La satisfacción del usuario y el respeto a su integridad en tanto persona con derechos inalienables es el eje de la política del Sector; por ello, el respeto a este derecho ciudadano implica contar con recursos humanos con aptitudes, actitudes y habilidades específicas, además del desarrollo de tecnologías diferenciadas, para el trato adecuado a las diferentes creencias y forma de vida propias de este grupo poblacional, siempre considerando un respeto. (Resolución Ministerial N°.941-2005/MINSA, 2005, p. 29)

2.2.8 Organización de la Oferta del Servicio en Salud

La organización en oferta del servicio en salud es un proceso que se configura a partir del análisis de las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades, para facilitar una adecuada gestión, la prestación y la calidad de los servicios de salud; el inicio de este proceso implica analizar las características de la población en general, identificar las necesidades de salud de las personas y familias (percibidos o no), reconocer a los que demandan (de forma espontánea o inducida) y a los que obtienen o no atención en la oferta de servicios de salud. (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 07)

2.2.9 Demanda

Es la expresión asignada a las necesidades que tiene una población en su salud, de acuerdo al Modelo en Atención Integral del paciente; respecto a la forma de cómo se expresa en un determinado ámbito, la demanda puede ser espontánea, cuando surge a raíz de necesidades percibidas, o inducida, cuando resulta de necesidades no necesariamente percibidas por la población; ambos tipos de demanda presentan dos elementos, que para efectos del análisis se presentan divididas, pero que en realidad se dan simultáneamente. (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 07)

“La **demanda cuantitativa**, está referida al volumen de la misma, es decir al número de personas que en un determinado tiempo y espacio tienen necesidades de salud, requiriendo la prestación de servicios sanitarios” (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 07).

“La **demanda cualitativa**, está referida a las necesidades de salud que motivaron la demanda por servicios de salud (diagnósticos) y la severidad de esas necesidades (mínima/alta)” (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 07).

“La **severidad**, característica cualitativa de las necesidades de salud a partir de ella debe determinar el grado de complejidad de la oferta de servicios, necesarios para brindar siempre la respuesta adecuada” (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 07).

2.2.10 Necesidades de Salud

Son el conjunto de requerimientos de carácter biológico, psicológico y social y ambiental que tiene la persona, familia y comunidad para mantener, recuperar y mejorar su salud así como alcanzar una condición saludable deseable; de acuerdo al MAIS, las necesidades de salud pueden ser: Necesidades de Desarrollo de la Salud, Necesidades de Mantenimiento de la Salud, Necesidades Derivadas de Daños a la Salud y Necesidades Derivadas de una Disfuncionalidad o Discapacidad. (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 08)

2.2.11 Oferta

La oferta en la prestación del servicio de salud, se encuentra constituida por recursos humanos, incluido infraestructura, equipamiento en todas sus formas incluyendo los tecnológicos y lo esencial los recursos financieros estos estando organizados adecuadamente, son parte esencial de la solución de necesidades en la salud de la población en general; en tal sentido los criterios para la existencia, crecimiento y/o desarrollo de la oferta deben surgir de las necesidades de salud y deben satisfacerla cualitativa y cuantitativamente. (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 08)

Para ello se consideran los siguientes elementos: “**Capacidad Resolutiva**, es la capacidad que tiene la oferta de servicios, para satisfacer las necesidades de salud de la población” (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 08); además considera los términos “**Cuantitativos**; que son la capacidad existente de los recursos del establecimiento para la producción de la cantidad de servicios en la satisfacción de necesidades que existe en la población”; (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 08); también establece “**Cualitativa**; es la capacidad que tienen los recursos del establecimiento para producir el tipo de servicios necesarios para solucionar la severidad de las necesidades de la población” (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 08).

2.2.12 Estructura

Constituida por los recursos humanos, físicos y tecnológicos que determinan la capacidad resolutive de la oferta de servicios y que se organizan en las llamadas Unidades Productoras de Servicios de Salud, en términos de: **Tamaño**; referido a la cantidad de los recursos necesarios para producir servicios de salud en función del volumen de las necesidades de salud de la población, esta determina la capacidad resolutive cuantitativa; **Nivel Tecnológico**, referido al grado de especialización y tecnificación de los recursos necesarios para producir servicios de salud en función de la severidad de las necesidades de salud de la población este determina la capacidad resolutive cualitativa. (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 08)

2.2.13 Categoría

Es denominada como el tipo de establecimiento de salud que comparten funciones, características y niveles de complejidad comunes, las cuales responden a realidades socio-sanitarias similares y están diseñadas para enfrentar demandas equivalentes; es un atributo de la oferta, que debe considerar el tamaño, nivel tecnológico, y la capacidad resolutive cualitativa y cuantitativa de la oferta y para efectos del presente documento y en virtud a la gran variabilidad de la realidad sanitaria nacional, la definición de categoría considera principalmente los elementos cualitativos de la oferta, quedando los aspectos cuantitativos de la misma sujetos a un análisis técnico local. (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 10)

2.2.14 Unidad Productora de Servicios de Salud - UPSS

Es la unidad básica de la oferta constituida por el conjunto de recursos humanos, físicos y tecnológicos, organizados para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su complejidad; la existencia de Unidades Productoras de Salud es uno de los factores más importantes para la determinación de la categoría de los establecimientos de salud. (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 10)

2.2.15 Nivel de Atención

Conjunto de Establecimientos de Salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad; constituye una de las formas de organización de los servicios de salud, en la cual se relacionan la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población con la capacidad resolutive cualitativa y cuantitativa de la oferta; este tipo de organización, se sustenta en la comprobación empírica de que los problemas de salud de menor severidad tienen mayor frecuencia relativa que los más severos, y viceversa; es así que de acuerdo al comportamiento de la demanda, se reconocen tres niveles de atención. (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 10 - 11)

“**Primer Nivel**; se atiende el 70-80% de la demanda, la severidad del problema de salud plantean una atención hasta de baja complejidad, con una oferta de menor especialización, y tecnificación en sus recursos”, (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 10 - 11); además “en este nivel se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes” (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 10 - 11).

“**Segundo Nivel**: Donde se atiende el 12 al 22 % de la demanda, portadora de necesidades de salud que requieren atención de complejidad intermedia” (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 10 - 11).

“**Tercer Nivel** se atiende el 5 al 10% de la demanda, la cual requiere de una atención de salud de alta complejidad, oferta de menor tamaño, pero de alta especialización y tecnificación” (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 11).

2.2.16 Categorización

Es el proceso conduce a homogenizar los diferentes establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales, que

deben responder a las necesidades de salud de la población que atiende; en este proceso no se debe considerar los elementos que indiquen tamaño, ya que éstos dependen del volumen de las necesidades de salud de la población, lo que es variable según la realidad sanitaria local; es importante distinguir este proceso de otros, como el de acreditación, ya que en este momento se hace una valoración de la capacidad resolutive cualitativa de los establecimientos frente a las necesidades de salud y no una evaluación de la estructura, procesos ni de los resultados obtenidos y menos aún de la calidad de los mismos. (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 12)

2.2.17 Promoción de la Salud

Es un proceso que consiste en proporcionar a la persona, familia y comunidad los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma; procura crear y fortalecer las condiciones que habiliten a la población para adoptar decisiones prudentes en materia de salud e incentivar a vivir una vida comunitaria saludable. (N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, 2004, p. 12)

CAPITULO III MARCO METODOLOGICO

3.1. Variable

Programa de implementación de los servicios de salud en recursos humanos, infraestructura, equipamiento, unidades prestadoras de servicios, proyectos de inversión y documentos de gestión que corresponde para categorización al nivel II-2 del Hospital General “José H. Soto Cadenillas” Chota.

Operacionalización de las Variables

Tabla 01

Categorización al nivel II-2 del Hospital Chota

Variable	Dimensión	Indicadores	Índices	Instrumento	Escala de medida
Categorización al nivel II-2 del Hospital Chota	Planificación	Infraestructura	Remodelación ambientes de hospitalización, consultorios externos, sala de operaciones y emergencia para atención.	Expediente de perfil técnico	Nominal
		Recursos Humanos	Médicos especialistas, médicos generales, personal no médico con estudios de especialidad en área de salud, maestrías y diplomados.	Requerimiento para implementación.	
		Equipamiento	Compra de instrumentos médicos, insumos, camas hospitalarias, medicamentos, ambulancias.	Perfil de requerimiento económico.	
		Organización	Conformar equipos de gestión y trabajo en equipo, para el logro de objetivos y metas trazadas.	Plan de trabajo institucional.	
	Planificación	Documentos de Gestión	Elaborar CAP, PAP, CNP, MOF, ROF, reglamento interno institucional.	Plan de trabajo institucional.	Nominal
		Presupuesto	Sustentar, elaborar y gestionar el monto económico destinado para el pago de recursos humanos, compra de material, instrumentos e insumos en forma mensual y anual.	Requerimiento sustentado por cada rubro	

3.3. Tipo de Estudio: Se realizó los tipos Observacional y descriptivo, identificando las condiciones de infraestructura, mobiliario, equipos médicos, recursos humanos en sus diferentes niveles profesionales que cuenta el Hospital General “José H. Soto Cadenillas” Chota.

Los estudios observacionales corresponden a diseños de investigación cuyo objetivo es la observación y registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos (...) los estudios observacionales pueden ser descriptivos, cuando lo que se pretende es describir y registrar lo observado, como el comportamiento de una o más variables en un grupo de sujetos en un periodo de tiempo (...); siendo por ende el investigador un mero observador y descriptor de lo que ocurre, se pueden utilizar para informar resultados en los ámbitos del tratamiento y la prevención, la etiología, daño o morbilidad; el diagnóstico, y el pronóstico e historia natural; escenarios en los que los estudios observacionales otorgan distintos niveles de evidencia, según el diseño en particular y el ámbito del que se trate. (Manterola & Otzen, 2014, p. 634)

3.4. Diseño de Estudio: Se realizó el diseño descriptivo, describiendo las condiciones de infraestructura, mobiliario, instrumentos y equipos médicos, afluencia de pacientes y usuarios de servicios de salud que cuenta el Hospital General “José H. Soto Cadenillas” Chota.

Como lo afirma Garcia, (2004), este tipo de estudios también pueden ser denominados como estudios transversales, de corte, de prevalencia, independientemente de la denominación utilizada, todos ellos son estudios observacionales, en los cuales no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales en la realidad. (p. 01)

3.5. Población

La población aplicable para la presente investigación se ha tomado como base el total de pacientes atendidos y atenciones durante el año 2015 por grupos etareos en el Hospital General “José H. Soto Cadenillas” Chota como se detalla.

Población Total de Pacientes	Atendidos			Atenciones		
	Total	M	F	Total	M	F
TOTAL GENERAL	18198	5403	12795	43452	12167	31285
Niños	7023	3084	3939	15597	7967	7630
Adolescentes	921	296	625	3378	532	2846
Jóvenes	3933	470	3463	10898	876	10022
Adultos	5178	1028	4150	10659	1728	8931
Adultos mayores	1143	525	618	2920	1064	1856

Descripción: Así tenemos el total de pacientes atendidos en todos los grupos etareos es de 18,198 y el total de pacientes con atenciones también en todos los grupos etareos es de 43,542.

3.6. Muestra

La muestra fue no probabilística y por conveniencia se eligió a 90 usuarios de los servicios de salud.

En la muestra aleatoria por conglomerados se consideraron dos criterios importantes como son:

Criterios de inclusión. Incluir a los usuarios de todas las edades y género de los servicios de salud para el mejoramiento en la calidad de la atención de salud, para lograr categorizar al Nivel II-2 del Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota.

Criterios de Exclusión. Excluir a las personas que tienen seguro social, seguro en la sanidad, fuerzas armadas, etc.

3.7. Métodos de investigación

3.7.1. Método inductivo

Hernández Sampieri (2006) “el método inductivo se aplica en los principios descubiertos a casos particulares, a partir de un enlace de juicios” (p.107).

3.7.2. Método deductivo

Ander-Egg, (1997) “es el razonamiento que, partiendo de casos particulares, se eleva a conocimientos generales. Este método permite la formación de hipótesis, investigación de leyes científicas, y las demostraciones. La inducción puede ser completa o incompleta” (p. 97).

3.7.3. Método analítico

Según Abad, P. (2009), “Se distinguen los elementos de un fenómeno y se procede a revisar ordenadamente cada uno de ellos por separado” (p. 94).

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Tabla 02

Variable	Técnica	Instrumento
Calidad de atención en salud	Encuesta	Cuestionario
Programa de categorización	Observación	Lista de cotejo

3.8.1. Encuesta:

Se denomina encuesta al conjunto de preguntas especialmente diseñadas y pensadas para ser dirigidas a una muestra de población, que se considera por determinadas circunstancias funcionales al trabajo, representativa de esa población, con el objetivo de conocer la opinión de la gente sobre determinadas cuestiones corrientes y porque no también para medir la temperatura de la gente acerca de algún hecho específico que se sucede en una comunidad determinada y que despierta especial atención entre la opinión pública y que requiere de la realización de una encuesta para conocer más a fondo cuál es la sensación de la gente y así proceder.

3.8.2. La observación

La Observación es la técnica de recogida de la información que consiste básicamente en observar, acumular e interpretar las actuaciones, comportamientos y hechos de las personas o objetos, tal y como las realizan habitualmente; en este proceso se busca contemplar en forma cuidadosa y sistemática como se desarrolla dichas características en un contexto determinado, sin intervenir sobre ellas o manipularlas; también se conoce como observación a la nota escrita que explica, aclara o corrige un dato, error o información que puede confundir o hacer dudar.

3.8.3. El cuestionario

El cuestionario es un procedimiento considerado clásico en las ciencias sociales para la obtención y registro de datos; su versatilidad permite utilizarlo como instrumento de investigación y como instrumento de evaluación de personas, procesos y programas de formación; es una técnica de evaluación que puede abarcar aspectos cuantitativos y cualitativos, su característica singular radica en que para registrar la información solicitada a los mismos sujetos, ésta tiene lugar de una forma menos profunda e impersonal, que el "cara a cara" de la entrevista. Al mismo tiempo, permite consultar a una población amplia de una manera.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1. Análisis de Resultados:

4.1.1. Análisis del OE1.

Realizar un diagnóstico situacional sobre infraestructura, recursos humanos, instrumentos y equipos médicos existentes del Hospital General "José H. Soto Cadenillas". Chota y las consideraciones de los usuarios sobre estos rubros.

Tabla N°.03

Descripción de Infraestructura existente año 2016.

ITEM	Características
Área de terreno	El área total de terreno existente del Hospital General "José H. Soto Cadenillas" Chota, equivale a un promedio de 30,200 m ² . El área construida equivale a un promedio de 16,300 m ² . El área libre corresponde a un promedio de 13,900 m ² , área con disponibilidad y propiedad exclusiva del Hospital en estudio.

<p>Número de ambientes destinados para labor administrativa</p>	<p>Los ambientes destinados para labor administrativa son total 16 distribuidos de la siguiente manera: Dirección del Hospital; Oficina de Administración; de Logística; de Jefatura de Personal; de Planificación y Presupuesto; del Seguro Integral de Salud; de coordinación de Enfermedades Transmisibles; de programas PAI - CRED; de coordinación del área de Gineco-Obstetricia; de Jefatura de Enfermería; de Sistema Informático; de Estadística; de coordinación de programas especiales; de Asesoría Jurídica; del SISMED y de Auditorio.</p>
<p>Ambientes destinados para consultorios externos</p>	<p>Los ambientes que están diseñados para Consultorios Externos son en total de 24 y están distribuidos de la siguiente manera: 04 ambientes para consultorio de Médico General; 03 ambientes para consultorio de Médico Especialista; 01 ambiente para tópico, 01 para triaje, 03 para el área de Inmunizaciones y CRED; 01 para el servicio de Planificación Familiar; 02 para el servicio de Gineco-Obstetricia; 01 para el área de Psicoprofilaxis; 02 para Odontología; 01 para el Servicio Social; 03 para el área de Admisión; 02 para el área del SIS; y 01 para Farmacia.</p>
<p>Centro Quirúrgico y/o Sala de Operaciones</p>	<p>El Servicio de Centro Quirúrgico y/o Sala de Operaciones conserva 11 ambientes destinados de la siguiente manera: 03 ambientes para operaciones; 03 ambientes para cambio de ropa quirúrgica para el personal; 01 ambiente de asepsia; 01 ambiente para esterilización de ropa y equipos quirúrgicos; 01 ambiente de material estéril; y 02 ambientes de recuperación del paciente operado.</p>

<p>Servicio de Hospitalización Medicina, Cirugía, Pediatría, y Observación Emergencia</p>	<p>El Servicio de Hospitalización cuenta con 39 ambientes y se encuentran distribuidos de la siguiente manera: Servicio de Hospitalización Medicina tiene asignado 06 ambientes que está distribuido 04 ambientes para pacientes y 02 ambientes para star del personal de salud. Servicio de Hospitalización Cirugía tiene asignado 06 ambientes, 04 ambientes destinados para pacientes y dos para star de personal de salud. Servicio de Hospitalización Gineco-Obstetricia tiene asignado 10 ambientes, 08 para pacientes puérperas, gestantes, partos y 02 para star de personal de salud. Servicio de Hospitalización Pediatría, tiene asignado 09 ambientes, 07 para pacientes y 03 para star de personal de salud. Servicio de Emergencia - Observación, tiene asignado 08 ambientes, 05 para pacientes y 03 para star de personal de salud.</p>
<p>Servicios de Apoyo al Diagnóstico</p>	<p>Los ambientes destinados para los servicios de apoyo al diagnóstico son 22 y están distribuidos de la siguiente manera: Servicio de Laboratorio Clínico, tiene asignado 05 ambientes, 04 son utilizados para el procesamiento de muestras y uno es destinado para star de personal de salud. Servicio de Rayos X tiene asignado 04 ambientes, 03 están destinados para toma y procesamiento de placas radiográficas y 01 para star de personal de salud. Servicio de Ecografías, tiene asignado 01 ambiente para la atención de tomas ecográficas de pacientes.</p>

Tabla N°.04

Descripción de Instrumentos y Equipos Médicos existente año 2016

**Instrumentos
y Equipos
Médico y
Quirúrgico**

El Instrumental y Equipo Médico que existe en la actualidad en el Hospital "José H. Soto Cadenillas" Chota, se conserva en regular estado de mantenimiento así como: Tensiómetros, estetoscopios, balanzas, equipos de sutura, equipos de curación, aspiradores pediátricos y adultos, existe solo un resucitador mecánico pero con limitaciones de uso porque solo se utiliza en sala de operaciones en forma limitada, y para el servicio de emergencia no existe, los equipos de material quirúrgico para cesáreas y cirugías mayores presentan deficiencias, cialítica en sala de operaciones con deficiencias en su funcionamiento, los equipos que se encuentran en buenas condiciones son los adquiridos por compra directa, pero por la marca de producto es de procedencia china, su funcionamiento no presta las garantías de calidad.

**Equipos de
Apoyo al
Diagnóstico**

Equipo Ecógrafo, su funcionamiento es de regular estado, porque el nivel resolutivo no es acorde con las especificaciones técnicas y de fabricación, al verificar el año de fabricación corresponde al 2012, equipo de fabricación Made in China. Equipos de Laboratorio centrifugas, microscopios y otros en su mayoría con tiempo de uso que sobrepasan los veinte años resultando un riesgo en el procesamiento de datos. Equipo de Rayos X tiene una antigüedad de uso que sobrepasa los cuarenta y cinco años sin renovación, por lo tanto su uso de este equipo es de regular a malo porque las placas radiográficas en las imágenes no guardan nitidez.

**Camas de
Hospitalización**

Existen 83 camas de hospitalización distribuidas en los servicios de hospitalización cirugía, medicina, pediatría, gineco-obstetricia y observación en emergencia, por su estado de mantenimiento y conservación son de regular estado que en su mayoría sobrepasan los cuarenta y ocho años de uso, muchas de ellas fueron adquiridas juntos con el equipamiento en la creación de la entidad, que observando su tecnología fueron muy indispensables para su tiempo de fabricación y uso; pero en la actualidad se necesita de material más sofisticado en su tecnología para la comodidad del paciente, administración de medicamentos, reevaluación de paciente, expendio de dietas diarias para su mantenimiento y conservación.

**Oferta de
Medicamentos**

El Hospital en estudio tiene una Farmacia que se encuentra bajo la administración de la entidad, funciona las 24 horas del día y se dedica al mantenimiento, conservación y expendio de medicamentos a los pacientes del Seguro Integral de Salud - SIS, que en su totalidad son medicamentos genéricos, no tiene una implementación con un stock acorde con las atenciones de los usuarios del servicio, resultando una limitación para que el paciente puede aliviar por lo menos su dolor, pero el caso extremo radica en que no existen medicamentos para la compra en la atención para los casos de emergencia que se presenta diario en los usuarios, resultando un riesgo latente en el peligro de vida para el paciente, que por la falta inmediata de administración de medicamento puede fallecer, y para los pacientes SIS en casos de emergencia también existe deficiencias en el expendio porque simplemente no tiene un equipamiento completo.

Tabla N°.05

Descripción de recursos humanos que cuenta el Hospital en estudio año
2016

Horario de Trabajo y atención al público	<p>Personal Médico Asistencial: En Consultorios Externos el horario está establecido de 08.00 a.m. hasta las 20.00 horas; y para la atención en emergencia, centro quirúrgico y hospitalización las 24 horas del día, incluido domingos y feriados.</p> <p>Profesionales y Técnicos Asistenciales: En Consultorios Externos el horario se encuentra establecido de 07.30 a.m. hasta las 19.30 horas, y para la atención en los servicios de hospitalización, emergencia, farmacia y laboratorio las 24 horas del día incluido domingos y feriados.</p> <p>El personal administrativo: Tiene un horario de trabajo establecido en forma discontinua de lunes a viernes distribuido de la siguiente manera: En la mañana de 7.30 a.m. hasta la 01.00 p.m. y por la tarde de 2.30 p.m. hasta las 05.00 p.m., a excepción de los feriados dentro de semana que también lo toman como días no laborables.</p>
Personal Médicos Especialistas Asistenciales	<p>Existen cuatro especialidades que son: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría, siendo incluido en la especialidad de Cirugía a la especialidad de Anestesiología, por lo tanto existen: Cuatro Médicos Especialistas en Cirugía General; Cuatro Médicos Especialistas en Gineco-Obstetricia; Un Médico Especialista en Pediatría; Un Médico internista en Medicina; Un Médico Especialista en Gastroenterología y Dos Médicos Especialistas en Anestesiología; de los cuales todos tienen en la actualidad su Registro Nacional de Especialista, además tres Ginecólogos tienen diplomados y cursos en Ecografías.</p>

**Personal
Médicos
Cirujanos
Generales
Asistenciales**

El personal profesional Médicos Cirujanos Generales que laboran en el Hospital en estudio, son médicos asistenciales que prestan servicio en consultorios externos de medicina general, emergencia, ecografías, y pasan visita en hospitalización medicina y pediatría en estos dos últimos servicios cuando los médicos especialistas no se encuentran, en total son ONCE MÉDICOS GENERALES, y que teniendo en cuenta su condición laboral de servidores públicos nombrados y contratados, estos profesionales todos acreditan Título Universitario; Diplomados en Ecografías tres; Cursos de capacitaciones y actualizaciones siete, se calcula que del total de médicos cirujanos generales, solo un aproximado del 64% están en continuidad de estudios y aprendizaje y un aproximado del 36% solo tienen Título Profesional.

**Personal
Profesional
Asistenciales
(licenciados en
Enfermería,
Obstetricia y
otros)**

El personal profesional que labora en el Hospital en estudio, están conformados por los Licenciados en Obstetricia, Enfermería, Tecnólogos Médicos, Biólogos, Cirujanos Dentistas, Asistente Social, Químicos Farmacéuticos, en su totalidad son SESENTA Y SEIS, y que teniendo en cuenta su condición laboral de nombrados y contratados, estos profesionales todos acreditan Título Universitario; Maestrías solo tienen Once; Diplomados Veintiuno; segunda especialidad concluida Doce, por concluir Dieciocho; Cursos de capacitaciones Once que solamente acreditan los realizados por cada Colegio Profesional y otras entidades organizadoras, se calcula que del total de profesionales de la salud, solo un aproximado del 40% están en continuidad de estudios y aprendizaje y un aproximado del 60% solo tienen Título Profesional.

**Personal
Técnico y
Auxiliar
Asistencial**

El personal Técnico y Auxiliar Asistencial que laboran en el Hospital en estudio, son servidores públicos que prestan servicios en atención del paciente en diferentes servicios de hospitalización cirugía, medicina, gineco-obstetricia, pediatría, rayos X, laboratorio, farmacia, seguro integral de salud, consultorios externos y otras actividades en talleres, servicios generales, lavandería, cocina, en total son 92, y que teniendo en cuenta su condición laboral de servidores públicos nombrados y contratados, ostentan el Título Profesional Técnico un promedio de 62%; diplomados 9%; servidores sin título profesional auxiliares un promedio de 29%, de todo el personal entre técnicos y auxiliares se calcula que solo el 75% tienen cursos de capacitaciones y los demás por su tiempo de servicio y edad no se inscriben a cursos de capacitaciones que brindan otras instituciones.

**Personal
Administrativo
Profesionales,
técnicos y
auxiliares**

El personal administrativo que laboran en el Hospital en estudio, son servidores públicos que prestan servicios en trámites administrativos de gestión institucional, en total son 31, divididos en profesionales que son 13 y todos ostentan el Título Profesional, con Maestría 04, cursos de capacitaciones 08, técnicos y auxiliares 18, y que teniendo en cuenta su condición laboral de servidores públicos nombrados y contratados, 11 ostentan el Título Profesional Técnico y no tienen diplomados; SIETE servidores auxiliares sin título profesional, algunos tienen cursos de capacitaciones y los demás por su tiempo de servicio y edad no realizan cursos de capacitaciones.

Tabla N°.06

Población total de Pacientes Atendidos y Atenciones en el año 2015 del Hospital Chota.

Población Total de Pacientes	Atendidos			Atenciones		
	Grupo Etéreo	Total	M	F	Total	M
TOTAL GENERAL	18198	5403	12795	43452	12167	31285
Niños	7023	3084	3939	15597	7967	7630
Adolescentes	921	296	625	3378	532	2846
Jóvenes	3933	470	3463	10898	876	10022
Adultos	5178	1028	4150	10659	1728	8931
Adultos mayores	1143	525	618	2920	1064	1856

Fuente: Oficina de Estadística Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota.

Descripción.- La población total de atenciones y atendidos se encuentra consolidada al año 2015, datos que son utilizados como instrumento base para la sustentación de la investigación y se describe el total de pacientes con atenciones y estos están divididos como se detalla; niños 15,597; adolescentes 3,398; jóvenes 10,898; adultos 10,659; y adultos mayores 2,920.

Tabla N°. 07

POBLACIÓN TOTAL DE ATENDIDOS Y ATENCIONES COHORTE SETIEMBRE AÑO 2016 – HOSPITAL CHOTA.

POBLACIÓN TOTAL	ATENDIDOS			ATENCIONES		
GRUPO ETAREO	TOTAL	M	F	TOTAL	M	F
TOTAL GENERAL	13282	4659	8623	25173	11794	13379
Niños	4304	1853	2451	8040	3951	4089
Adolescentes	656	225	431	1126	423	703
Jóvenes	2889	1208	1681	6673	3028	3645
Adultos	4576	935	3641	8146	3825	4321
Adultos mayores	857	438	419	1188	567	621

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital en estudio.

Descripción.- La población total de atenciones y atendidos esta considerada y consolidada haciendo un cohorte hasta la primera semana de setiembre de 2016, datos que son utilizados como instrumento base para la sustentación de la investigación y se detalla considerando el total de pacientes con atenciones y estos están divididos como se detalla; niños 8,040; adolescentes 1,126; jóvenes 6,673; adultos 8,146; y adultos mayores 1,188.

Tabla N°. 08

Opinión de usuarios sobre infraestructura si es adecuada o no, para la atención en el Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota 2016.

Opinión	N°.	Porcentaje
Si	71	79%
No	6	7%
No sabe, no opina	13	14%
Total	90	100%

Fuente.- Encuesta aplicada a los usuarios SOLO NÚMEROS PORCENTUALES

Interpretación.- De los noventa usuarios encuestados el 79% consideran que la infraestructura debe ser más adecuada; el siete por ciento (7%) consideran que no es necesario mejor infraestructura; y el catorce por ciento (14%) no sabe, no opina.

Tabla N°.09

Opinión de usuarios sobre calificación de instrumentos y equipos médicos utilizados para su atención en el Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota 2016

Opinión	N°.	Porcentaje
Bueno	9	10%
Regular	64	71%
Malo	6	7%
No sabe, no opina	11	12%
Total	90	100%

Fuente.- Encuesta aplicada a 90 usuarios de los servicios de salud.

Interpretación.- De los 90 usuarios encuestados el 10% consideran que los instrumentos y equipos médicos son buenos; el 71% consideran que se encuentran en regular estado; el 7% lo consideran que son malos; y el 12% no sabe, no opina.

Tabla N°.10

Opinión de usuarios como los considera a los instrumentos y material médico que se utiliza para su atención en el Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota 2016

Opinión	N°.	Porcentaje
Bueno	8	9%
Regular	63	70%
Malo	19	21%
Total	90	100%

Fuente: Encuesta aplicada por el autor a una muestra de 90 usuarios del Hospital en estudio.

Interpretación.- De los 90 usuarios encuestados el 9% consideran que los instrumentos y materiales utilizados para su atención son buenos; el 70% lo consideran que se encuentran en regular estado; y el 21% lo consideran como instrumentos y material malo.

Tabla N°.11

Opinión de usuarios sobre mejor inversión de gasto económico en la compra de instrumentos y material médico de última generación para la atención del paciente en el Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota 2016

Opinión	N°.	Porcentaje
Si	71	79%
No	3	3%
No sabe, no opina	16	18%
Total	90	100%

Fuente: Base de muestra 90 usuarios de los servicios de salud.

Interpretación.- De los usuarios encuestados el 79% consideran que si se debe hacer mejor inversión de gasto económico en la compra de instrumentos y material médico de última generación; el 3% lo consideran que no; y el 18% no sabe no opina.

Tabla N°.12

Opinión de usuarios sobre el estado de conservación y mantenimiento en que se encuentran los equipos de Rayos X y Laboratorio en el Hospital en estudio

Opinión	N°.	Porcentaje
Bueno	7	8%
Regular	62	69%
Malo	4	4%
No sabe, no opina	17	19%
Total	90	100%

Fuente.- Encuesta aplicada por el autor a una muestra de 90 usuarios.

Interpretación.- De los noventa usuarios encuestados el 8% consideran que los equipos de Laboratorio y Rayos X son buenos; el 69% consideran que se encuentran en regular estado de conservación y mantenimiento; el 4% lo consideran que están malos; y el 19% no saben, no opinan.

Tabla N°.13

Demanda de pacientes promedio mensual con intervenciones quirúrgicas por Médicos Especialistas en Cirugía y Gineco-Obstetricia. 2016

Intervenciones quirúrgicas según clasificación	Atendidos	Atenciones
Cesáreas	44	44
Apendicitis	26	26
Hernias en sus diferentes clasificaciones	21	21
Litiasis vesicular	9	9
Peritonitis	5	5
Traumatismo abdominal (cerrado y abierto)	4	4
Histerectomía	2	2
Otras patologías	8	8
TOTAL GENERAL	119	119

Fuente: Registro de intervenciones quirúrgicas – RAD, del Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota, considerado como base de datos seis meses consecutivos desde el mes de marzo hasta agosto de 2016.

Interpretación.- Como se observa en la tabla las causas de intervenciones quirúrgicas se realizan con mayor frecuencia en las gestantes que terminan su parto mediante cesárea (44 en promedio) por diferentes causas ya sea patológicas o descompensadas súbitamente; la segunda causa es por la patología de apendicitis (26 en promedio), seguidas por las causas de hernias (21 en promedio) en sus diferentes clasificaciones y sucesivamente otras patologías que causan riesgo de muerte en el paciente.

Tabla N°.14

Demanda de pacientes promedio mensual atendidos y atenciones en los Servicios de Consultorios año 2016

Descripción por cada servicio	Atendidos	Atenciones
Servicio de Consultorios Externos	196	925
Servicio de Gastroenterología	15	45
Servicio Inmunizaciones y CRED	23	191
Servicio de Odontología	57	98
TOTAL GENERAL	271	1259

Fuente.- Registro de atención diaria – RAD, y hoja de información en salud – HIS, de los diferentes profesionales de la salud, documentos que se encuentran en el área de Estadística del Hospital General “José H. Soto Cadenillas” Chota 2016.

Tabla N°.15

Demanda de pacientes promedio mensual en los Servicios de Hospitalización año 2016

Descripción por cada servicio	Atendidos	Atenciones
Servicio de Emergencia y Observación	325	512
Hospitalización en Servicio Pediatría	93	109
Hospitalización del Servicio Gineco - Obstetricia	146	241
Hospitalización en el Servicio Cirugía	118	186
Hospitalización del Servicio Medicina	124	195
TOTAL GENERAL	806	1243

Fuente.- Registro de atención diaria – RAD, y hoja de información en salud – HIS, de los diferentes profesionales de la salud encontrados en área de Estadística del Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota 2016.

Tabla N°.16

Demanda de pacientes promedio mensual atendidos por Médicos Especialistas año 2016

Consultas y/o interconsultas por médico especialista	Atendidos	Atenciones
Especialista en Medicina	26	26
Especialista en Cirugía	125	125
Especialista en Gineco-Obstetricia	118	118
Especialista en Pediatría	38	38
Especialista en Gastroenterología (endoscopias)	24	24
TOTAL GENERAL	331	331

Fuente.- Registro de atención diaria – RAD, y hoja de información en salud – HIS, de los diferentes profesionales de la salud encontrados en área de Estadística del Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota 2016.

Tabla N°.17

Demanda de pacientes promedio mensual en los Servicios de Apoyo al Diagnóstico año 2016.

Descripción por cada servicio	Atendidos	Atenciones
Servicio de Farmacia recetas despachadas	2618	2618
Servicio de Laboratorio todo tipo de análisis	2289	2533
Servicio de Ecografías	487	487
Servicio de Rayos X	125	125
TOTAL GENERAL	5519	5763

Fuente.- Registro de atención diaria – RAD, y hoja de información en salud – HIS, de los diferentes profesionales de la salud que laboran en los servicios de farmacia, laboratorio, ecografías y rayos X, documentos que se encuentran en el área de Estadística del Hospital General “José H. Soto Cadenillas

4.1.2. Análisis del OE2.

Identificar el tipo de infraestructura, recursos humanos, unidades prestadoras de servicios de salud que debe tener el Programa de implementación de servicios de salud de Nivel II-2 para la población de la provincia de Chota basado en las Normas técnicas de salud.

Tabla N°.18

Programa de Categorización al Nivel II-2 del Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota

Denominación:	Centro de aplicación:	Participantes:
"Categorización al Nivel II-2 del Hospital en estudio"	Hospital "José H. Soto Cadenillas" Chota - Cajamarca	Usuarios del servicio en salud Hospital Chota
Muestra noventa encuestados usuarios de los servicios de salud	Inicio: Abril, Termino: Octubre 2016	Duración: siete meses
Material humano:	Usuarios del servicio prestador de salud.	Profesionales de la salud
Estrategias:	En la ejecución del estudio, se realizaron coordinaciones con los funcionarios encargados de la administración del Hospital en estudio, para lograr un empoderamiento en la gestión administrativa y su importancia en el impacto social para resolver mejor los problemas de salud de la población usuaria, dirigidos en implementación de recursos humanos y materiales de última generación y la importancia de una infraestructura adecuada que acredite la categorización al nivel II-2.	
Estructura temática	Importancia de los Hospitales de Nivel II-2, para la calidad de atención en salud	Debatimos sobre la importancia que brindan los hospitales del Nivel II-2 en la calidad de atención en salud
Nombre de los talleres:		
Valores morales y éticos de los recursos humanos	Realizamos debates sobre la atención del paciente, dando importancia a los valores morales y tiempo de espera	Asistentes, personal de salud de todos los grupos ocupacionales que laboran en el hospital en estudio
Importancia de equipamiento con instrumentos y material de última tecnología	Ejecutamos una sensibilización sobre la importancia y prioridad en renovación de instrumentos, material y equipos para la atención del paciente	Dirigido a personal administrativo y funcionarios de la entidad
Buscando estrategias para una infraestructura mejorada	Analizamos métodos y formas de gestión para la adquisición de presupuesto económico para la construcción y equipamiento que debe tener un Hospital de Nivel II-2	Funcionarios encargados sobre elaboración de presupuesto y proyectos que laboran en el Hospital en estudio

Tabla N°.19

Opinión de usuarios sobre categorización al Nivel II-2, si resolverá o no resolverá mejor sus problemas de salud el Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota 2016

Opinión	N°.	Porcentaje
Si	53	59%
No	11	12%
No sabe, no opina	26	29%
Total	90	100%

Interpretación.- Que de la muestra encuestada a los noventa usuarios de los servicios de salud sobre la categorización al Nivel II-2, si este resolverá mejor o no resolverá mejor sus problemas de salud el 59% opinan que sí resolvería mejor sus problemas de salud; el 12% opina que no resolvería mejor sus problemas de salud; y el 29% no sabe, no opina; por lo tanto se puede identificar que los usuarios de los servicios de salud del Hospital en estudio si conocen sobre la importancia de categorización para que sus problemas patológicos sean resueltos en su oportunidad.

Tabla N°.20

Opinión de los usuarios sobre existencia de especialistas en todas las especialidades si se categoriza al Nivel II-2 el Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota 2016.

Opinión	N°.	Porcentaje
Si	71	66%
No	5	13%
No Sabe, no opina	14	21%
Total	90	100%

Interpretación.- De los 90 usuarios encuestados el 66% opinan que si existirán médicos especialistas en todas las especialidades; el 13% opinan que no existirá todas las especialidades, y el 21% no sabe, no opina sobre la existencia de médicos especialistas para la atención de su salud.

Tabla N°.21

Opinión de usuarios sobre frecuencia de atención por médicos especialistas en todas las especialidades que deberá brindar el Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota, categorizado al Nivel II-2.

Opinión	N°.	Porcentaje
Diaria	66	73%
Semanal	18	20%
Quincenal	4	5%
Mensual	2	2%
Total	90	100%

Fuente.- Encuesta aplicada por el autor a los usuarios de los servicios de salud del Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota, y teniendo como base de muestra noventa usuarios encuestados.

Interpretación.- De los noventa usuarios encuestados el 73% opinan que la atención por médicos especialistas en todas las especialidades debe ser diaria; el 20% opinan que la atención debe de ser semanal; el 5% opinan que deben atender en forma quincenal; y el 2% opinan que debe ser mensual.

Tabla N°.22

Unidades Prestadoras de Servicios de Salud – UPSS, que deben existir en un Hospital categorizado en el Nivel II-2

Según lo señala la N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01, (2004), en los Hospitales categorizados en el Nivel II-2, las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud – UPSS, que deben contar como mínimo son: UPSS Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Unidad de Cuidados Intensivos, Medicina de Rehabilitación, Diagnóstico por Imágenes, Patología Clínica, Anatomía Patológica, Farmacia, Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, Nutrición y Dietética, y Central de Esterilización. (pág. 46)

Tabla N°.23

Recursos humanos especialistas que debe existir como mínimo en un Hospital con Nivel II-2 para su funcionamiento.

En los establecimientos de esta categoría deben contar mínimo con: las especialidades y médicos especialistas en la rama de Medicina Interna, Gineco - Obstetricia, Cirugía General, Pediatría, Anestesiología, Traumatología y Ortopedia, Patología Clínica, Radiología, Anatomía Patológica, Medicina de Rehabilitación, Cardiología, Neurología, Neumología, Gastroenterología, Reumatología, Psiquiatría, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Médico especialista en Oncología o Médico especialista con entrenamiento en Oncología, Médico especialista en Medicina Intensiva y/o Médico especialista en Medicina Interna capacitado en Cuidados Intensivos y Médico especialista en Pediatría capacitado en Cuidados Intermedios Neonatal y Cuidados Intermedios Pediátrico. (NTS N°.021-MINSA/DGSP-V.03, 2011, p.46)

Tabla N°.24

Recursos humanos generales que deben existir como mínimo en un Hospital con Nivel II-2 para su funcionamiento.

Entre los recursos humanos generales que debe existir como mínimo son: Médico Cirujano u otros profesionales de la salud con formación de postgrado en Epidemiología (Maestría o Diplomado), y Químico Farmacéutico, profesionales de Odontología, de Enfermería, de Obstetricia, de Psicología, de Nutrición, de Tecnología Médica (en Terapia Física y Rehabilitación, y de Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica), de Biología, de Trabajo Social, y profesionales de Administración, Contabilidad, Estadística; Personal Técnico asistencial y administrativo, todos los cuales deben tener permanencia continua durante el horario de atención del establecimiento de salud. (NTS N°.021-MINSA/DGSP-V.03, 2011, p.46)

4.1.3. Análisis del OE3.

Elaborar los documentos de gestión que corresponde a un Programa de este tipo.

Tabla N°.25

Documentos de gestión que debe existir como mínimo en un Hospital de Nivel II-2

CUADRO ASIGNACION DE PERSONAL - CAP.- En este documento de gestión se asigna todas las plazas ocupadas y las previstas que debe tener la entidad según sus necesidades de acuerdo a la demanda, se debe actualizar todos los años basados en la realidad institucional para conservar un instrumento válido y de aplicación impostergable para el buen funcionamiento de la entidad.

CUADRO NOMINATIVO DE PERSONAL - CNP.- Su importancia de este documento de gestión se basa en conservar la actualización de datos de los servidores públicos en forma precisa he individualizada de las plazas de personal permanente, y las plazas previstas a ser ocupadas por las diferentes modalidades de contratos según la necesidad institucional, teniendo en cuenta para este caso la labor asistencial y administrativa debidamente justificada.

MANUAL ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES - MOF.- En este documento se actualiza y conserva el tipo de sistema organizacional que debe tener la entidad para el mejor logro de sus metas y objetivos trazados, teniendo como base especial la individualización de funciones (trabajo) que debe cumplir cada servidor público dependiendo de su formación profesional.

REGLAMENTO ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES - ROF.- Documento que deberá estar elaborado y actualizado considerando el tipo de estructura funcional tanto de la entidad como de los servidores públicos, es un instrumento que no solo se rige en la formalidad administrativa, sino que su importancia radica en el sistema organizacional de la entidad y las funciones de los servidores públicos para un mejor aporte de trabajo institucional basados en la meritocracia.

POI y otros documentos de gestión que no solo deben estar plasmados en las normas legales, sino que cada entidad debe adaptarlos a su realidad institucional, siempre ligados estrictamente a las normas legales aplicables al caso considerando el estado de derecho en que estamos sumergidos.

4.1.4. Análisis del OE4.

Elaborar proyectos de inversión para la construcción de infraestructura y compra de instrumentos y equipos en sus diferentes dimensiones.

Tabla N°.26

Proyectos de inversión en infraestructura, instrumentales y material que deben ser elaborados para categorización del Hospital en estudio al Nivel II-2

Elaboración de Proyecto para la Construcción de Pabellón Emergencia, Centro Quirúrgico, y Unidad de Cuidados Intensivos.-

Estos pabellones deben ser construidos utilizando una tecnología moderna porque el material para construcción debe ser muy adecuado considerando que se utiliza en estas unidades prestadoras de servicio instrumentos y materiales médicos de uso permanente que en muchas de las ocasiones es las 24 horas del día.

Elaboración de Proyectos para Construcción de los Pabellones de las Unidades Prestadoras de Servicio – UPSS, que deben contar como mínimo son: UPSS Consulta Externa, Hospitalización, Centro Obstétrico, Medicina en rehabilitación, Diagnóstico mediante Imágenes, Patología Clínica, Anatomía Patológica, Farmacia, Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, Nutrición y Dietética, y Central de Esterilización, la construcción debe ser adaptada a los últimos estándares de infraestructura hospitalaria para evitar hacinamientos de pacientes, contagios y las infecciones intra-hospitalarias.

Elaboración de Proyectos para compra de instrumental y equipos.- Se sugiere la renovación total los instrumentos y material bio-médico como son: Cialítica de sala de operaciones; equipos mayores y menores de cirugía; aspiradores neonatales y adultos; equipos de reanimación pediátricos y adultos; equipo de Rayos X; Ecógrafos; incubadoras neonatales; camas ginecológicas, camas hospitalarias, camillas generales y otros en general.

Elaboración de Proyecto para eliminación correcta de residuos contaminados.- Resulta muy importante que el Hospital Chota, tenga un incinerador para la eliminación correcta de material contaminado, considerando su grado de contaminación este puede convertirse en un foco infeccioso de mucho riesgo para la población, por ello resulta de gran importancia que la basura y desechos hospitalarios sean incinerados en forma obligatoria.

CAPITULO V INDICADORES DE GESTION QUE DEBEN EVALUARSE EN UN HOSPITAL CATEGORIZADO AL NIVEL II-2.

5.1. Análisis y medición del proceso hospitalario mediante relación cuantitativa y cualitativa entre las variables:

5.1.1. Servicio de Consulta Externa.

Los indicadores que deben desarrollarse como base fundamental para una gestión hospitalaria deben estar considerados en los instrumentos de gestión de los hospitales y estos deben estar orientados para brindar mejor sustento en la calidad de atención al usuario, estos deben estar basados en criterios de indicadores, metas, rango de variación, variables, y entre otros que tengan criterios de organización y resultado; es preciso describir algunos de los criterios de indicadores de gestión hospitalaria como son:

➤ **Rendimiento de hora médico en el servicio de Consulta Externa.**

Se debe medir la cantidad de atenciones que realiza el médico y considerar el número efectivo de horas, con la finalidad de medir la producción y el tiempo de espera del paciente por hora efectiva de la atención médica, siendo base también para el cálculo del rendimiento hasta un grupo numeroso de médicos que realizan atenciones.

Formula que debe ser utilizada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Consultas Medicas}}{\text{Total de horas medicas efectivas.}}$$

➤ **Medición de concentración de las consultas médicas.**

Esta medición se debe establecer del número de atenciones y el número de atendidos utilizando un periodo de tiempo (mes, año), considerando que los pacientes atendidos conforman solo los nuevos y reingresantes durante un año y para las atenciones se consideran los pacientes continuadores, nuevos y reingresantes durante un año. Es útil para identificar el promedio de consultas que se realizan a cada paciente en un tiempo de periodo determinado.

Formula que debe ser utilizada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones en un determinado periodo de tiempo}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos en el mismo periodo de tiempo.}}$$

El estándar normal de concentración debe ser cuatro al año y el periodo para su medición debe realizarse también en forma anual.

➤ **Medición del grado de cumplimiento de trabajo y horas médico.**

Para poder hacer esta medición debe estar programado el médico general en cualquier servicio y si es médico especialista debe cumplir su trabajo en el servicio de su especialidad en forma individual o en equipo de trabajo, incluyendo horas extras programadas y efectivizadas que deben encontrarse previstas cada mes.

Formula que debe ser utilizada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ efectivo de horas médico trabajadas}}{\text{N}^\circ \text{ de horas médico programadas}}$$

Para que la medición resulte eficaz debe alcanzar un estándar del 90%, y el periodo de medición será en forma mensual.

5.1.2. Servicio de Emergencia y Observación:

Para poder medir estos indicadores se tiene que considerar los pacientes observados con estancias no menor de veinticuatro horas en el servicio de observación o en todo caso puede ser igual a las veinticuatro horas, aquí se mide y evalúa la eficacia y la calidad de atención, encontrándose también incluidos el servicio de laboratorio, rayos x, ecografías y hospitalización. El estándar debe aplicarse a los Hospitales II-1 que debe ser una base media del cinco por ciento (5%); Hospital II-2 que debe ser la base media del ocho por ciento (8%), y el Hospital III-1 que debe ser la base media el diez por ciento (10%); y la medición a realizarse debe ser en forma mensual.

➤ **Medición de la tasa de reingresos en menos de 24 horas.**

Para poder medir este indicador se debe hacer en términos porcentuales en relación al número de pacientes reingresantes en menos de veinticuatro (24) horas, y el número de egresos, siendo la finalidad evaluar el manejo de pacientes atendidos en cuanto a calidad, el estándar medio debe estar considerado según el nivel, para Hospital II-1 debe estar en el uno por ciento (1%); para el Hospital II-2 debe estar en el dos por ciento (2%) y para el hospital III-1 debe estar en el tres por ciento (3%), y el periodo para la medición debe ser mensual.

Formula que debe ser utilizada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Reingresos en menos de 24 horas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de Egresos}} \times 100$$

➤ **Medición promedio del tiempo de espera considerando la prioridad para que sea atendido.**

Para medir este indicador resulta muy complejo, porque aquí el tiempo resulta en muchas veces no indicado según la gravedad del paciente, si este presenta una patología que si amerita una emergencia el tiempo de ser atendido es inmediato, si el paciente presenta una patología de urgencia esta si debe tener un tiempo de espera en relación al tiempo que demore los procedimientos de pacientes atendidos en casos de emergencia, lo que puede resultar referencial la medición es considerando el tiempo total de espera entre el total de pacientes atendidos por todas las causas; estos estándares nos permitiría evaluar la capacidad de respuesta y la calidad de atención que se brinda, en algunos de los casos se puede aplicar como estándar para todo los hospitales de diferentes niveles considerando siempre las prioridades y la cantidad de pacientes que presentan una patología de emergencia, y esto dependerá mucho del tiempo que se utilice para su recuperación evolutiva porque este trabajo si no depende solo de la actividad médica es de todo el equipo de salud y se debe considerar un tiempo referencial por prioridades: Prioridad I (riesgo inminente paciente grave caso emergencia) la atención debe ser inmediata; Prioridad II (riesgo medio caso emergencia y urgencia) la atención debe ser hasta diez (10) minutos de espera; Prioridad III (casos de urgencia sin riesgo) la atención debe ser hasta los veinte (20) minutos de espera; la medición debe tener un periodo de tiempo cada tres meses.

Formula que debe ser utilizada para el cálculo:

$$\frac{\text{Total del tiempo de espera en minutos}}{\text{Total de pacientes atendidos}}$$

5.1.3. Servicio de Hospitalización.

- **Medición del promedio de permanencia de paciente hospitalizado.**

Este indicador debe medirse considerando los días promedio que permanece el paciente hospitalizado para poder lograr y evaluar la calidad del servicio que se presta en relación al recurso material (cama); el estándar debe estar considerado de acuerdo al nivel, para el Hospital II-1 debe ser considerado cuatro (4) pacientes día; para el Hospital II-2 debe ser considerado seis (6) pacientes día; para el Hospital III-1 debe ser considerado nueve (9) pacientes día, estos criterios deben aplicarse considerando la calidad de atención que brinda el equipo de trabajo conformado por el personal de salud; la medición debe hacerse en forma mensual.

Formula que debe ser utilizada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total días de paciente hospitalizado}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes egresados - alta}}$$

➤ **Medición del porcentaje de ocupación cama.**

Para medir este indicador debe expresarse en términos porcentuales y los datos debe obtenerse del total de pacientes por día y el número de camas disponibles por día, la finalidad es medir la ocupación de camas hospitalarias, el estándar debe estar considerado para todos los hospitales el noventa por ciento (90%); la medición debe hacerse en forma mensual.

Formula que debe ser utilizada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes hospitalizados al día}}{\text{N}^\circ \text{ total de camas disponibles por día}} \times 100$$

➤ **Medición del rendimiento cama.**

Este indicador debe ser medido considerando el número de pacientes egresados y el número total de camas, con esta medición se puede obtener el uso de las camas en tiempo determinado, el periodo de medición debe realizarse cada mes; el estándar estará basado de acuerdo a la gravedad del

paciente, debiendo considerarse para Hospital II-1 seis (6) camas ocupadas; para Hospital II-2 cuatro (4) camas ocupadas; y para Hospital III-1 tres (3) camas ocupadas.

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes egresados}}{\text{N}^\circ \text{ promedio de camas}}$$

➤ **Medición de las tasas de reingresos en un periodo de tiempo menor a siete días.**

Para poder medir este indicador debe ser considerado por porcentaje y este debe ser en base a los pacientes que reingresan por la misma patología, este indicador debe medir la calidad de la atención en patologías recuperadas y tratadas en forma eficaz durante la atención en el paciente hospitalizado; el tiempo de medición debe hacerse todos los meses y el estándar debe considerarse por porcentaje del total de pacientes egresados, para el Hospital II-1 debe ser el uno (1%) por ciento; para el Hospital II-2 debe ser el dos (2%) por ciento y para el Hospital III-1 debe ser hasta el tres (3%) por ciento como máximo

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reingresos menos de siete días}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos mensuales}} \times 100$$

➤ **Medición de la tasa de infecciones intrahospitalarias**

Este indicador se debe obtener del porcentaje de pacientes que presentan infección intrahospitalaria a las treinta y seis (36) horas luego de haber sido hospitalizados, este indicador nos permite también medir la calidad de atención de pacientes hospitalizados, evaluar las causas de origen de

infección intrahospitalaria, siempre la medición debe aplicarse todos los meses y el estándar no debe exceder del cinco (5%) por ciento en todos los hospitales, porque se debe considerar que son daños ocasionados por agentes infecciosos que el paciente lo adquiere durante la hospitalización.

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes hospitalizados con infecciones intrahospitalarias}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes egresados en el mismo periodo}} \times 100$$

➤ **Medición de la tasa bruta de letalidad.**

Para medir este indicador se debe considerar las defunciones en relación al total de pacientes hospitalizados en forma mensual; el estándar debe estar acorde con el nivel de atención y complejidad de patología presentada en el paciente.

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ defunciones ocurridas}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados}} \times 100$$

➤ **Medición en la cobertura de partos.**

Este indicador debe obtenerse considerando el total de partos atendidos en relación al total de gestantes controladas, por ser un programa especial y una estrategia sanitaria de prioridad debe tener un estándar del cien por ciento (100%) y la medición debe hacerse todos los meses.

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de partos por todos los procedimientos}}{\text{N}^\circ \text{ total de gestantes controladas}} \times 100$$

5.1.4. Servicio de Centro Quirúrgico.

➤ **Medición en el rendimiento de sala de operaciones.**

Para medir este indicador se debe considerar las intervenciones quirúrgicas realizadas y el número total de sala de operaciones, para poder obtener el número promedio de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en cada sala quirúrgica, la medición debe realizarse en forma mensual y el estándar es considerado de acuerdo al nivel hospitalario.

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de intervenciones quirúrgicas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de las salas de operaciones}}$$

➤ **Medición del porcentaje de operaciones suspendidas.**

Para medir este indicador debemos considerar el porcentaje de suspensión de cirugías, en relación a las cirugías programadas, para poder identificar el cumplimiento de cirugías programadas ejecutadas, solo procederá la justificación de cirugías suspendidas siempre que este asociado con la falta de material bio-médico, y el nivel resolutivo que tenga el Hospital; dentro de los estándares para todo tipo de hospitales debe considerarse como normal cinco (5) cirugías suspendidas; la medición promedio debe ser en forma mensual.

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de cirugías suspendidas}}{\text{N}^\circ \text{ total de cirugías programadas}} \times 100$$

➤ **Medición del porcentaje de intervenciones quirúrgicas de emergencia**

Para medir este indicador se considerará el porcentaje de cirugías realizadas que son de emergencia, las cirugías realizadas deben ser a los pacientes que ingresan acreditando el grado en situación de emergencia, en este procedimiento no se consideran los pacientes que han sido hospitalizados y luego intervenidos quirúrgicamente, los estándares considerados dependerá del nivel así tenemos: Hospital II-1 será hasta el cinco por ciento (5%); Hospital II-2 será hasta el ocho por ciento (8%); y en el Hospital III-1 será hasta el diez por ciento (10%), son cifras que justifican teniendo en cuenta la gran problemática que atraviesan los hospitales del Ministerio de Salud, esta medición se debe realizar en forma mensual.

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de cirugías de emergencia}}{\text{N}^{\circ} \text{ de cirugías ejecutadas}} \times 100$$

➤ **Medición del indicador porcentaje de horas quirúrgicas efectivas**

La medición de este indicador debe realizarse considerando el porcentaje de horas efectivas en las cirugías en relación a las horas programadas, sirve para medir el cumplimiento de horas programadas, los estándares debe ser igual para toda categoría de hospitales siendo la medición en forma mensual.

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ horas efectivas quirúrgicas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de Intervenciones programadas quirúrgicas}} \times 100$$

➤ **Medición de la tasa de mortalidad de centro quirúrgico.**

Para la medición de este indicador se debe considerar los pacientes fallecidos durante la operación o en sala de recuperación entre la cantidad total de intervenciones quirúrgicas, también tiene como finalidad evaluar la

calidad de atención del usuario en sala de operaciones, esta medición se debe realizar en forma mensual.

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de muertes realizadas en centro quirúrgico}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes intervenidos quirúrgicamente}} \times 5,000$$

➤ **Medición de la tasa de pacientes reingresantes por complicaciones quirúrgicas.**

Para medir este indicador se debe considerar los pacientes reingresantes por complicaciones quirúrgicas y el total de pacientes que son intervenidos quirúrgicamente; también tiene como finalidad evaluar calidad de cirugía realizada, si consideramos el estándar comparativo para Hospital II-1 debe ser no mas de cero punto cinco por ciento (0.5%); en Hospital II-2 debe ser hasta el uno por ciento (1%), y en Hospital III-1 debe ser hasta el dos por ciento (2%) y el tiempo de medición debe ser en forma mensual.

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes reingresantes por complicación quirúrgica}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes intervenidos quirúrgicamente}} \times 100$$

5.1.5. Servicio de Laboratorio.

➤ **Medición del promedio de análisis de Laboratorio por indicación médica en Consulta Externa**

Para medir este indicador se debe considerar el número total de análisis de laboratorio por consulta externa entre el total de consultas médicas realizadas, también sirve para medir la cantidad de análisis que se realiza

por cada paciente en la consulta médica, la medición debe ser en forma mensual.

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de análisis clínicos ejecutados}}{\text{N}^\circ \text{ total de consultas médicas realizadas}}$$

- **Medición del promedio de análisis de laboratorio en emergencia.**
Para medir este indicador se deberá considerar el número de análisis de laboratorio realizados de emergencia en relación al número total de pacientes con atenciones de emergencia, y se debe realizar todos los meses

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de análisis de emergencia}}{\text{N}^\circ \text{ total de atenciones ejecutadas de emergencia}}$$

- **Medición del promedio de recetas por consulta médica.**

Este indicador se mide en función al número de recetas entregadas por consulta externa en relación al total de consultas médicas; sirve también para medir el número de recetas que se despacha por cada consulta médica, la medición debe hacerse en forma mensual.

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de recetas entregadas por consulta externa}}{\text{N}^\circ \text{ total de consultas medica externa}}$$

- **Medición del promedio de recetas por emergencia.**

Se debe medir este indicador en relación al número de recetas despachadas en emergencia, entre el número total de pacientes con atenciones de emergencia; sirve también para medir el número total de recetas médicas que se despacha por cada consulta de emergencia, la medición debe hacerse en forma mensual.

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de recetas despachadas en emergencia}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con atenciones de emergencia}}$$

5.1.6. Servicio de Rayos x e imágenes.

- **Medición del promedio de Ecografías y Rayos X por consulta médica.**
Este indicador se debe medir para la determinación del número de exámenes de Ecografías y Rayos X (radiológico) que se realizan en la consulta externa, en relación al total de consultas médicas en un tiempo determinado; para poder medir la cantidad (número) de placas Ecográficas y de Rayos X que se realizan en las consultas médicas de los pacientes, el periodo de medición debe aplicarse en forma mensual.

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ecografías y rayos X por consulta externa}}{\text{N}^\circ \text{ total de consultas médicas}}$$

- **Medición del promedio de Ecografías y Rayos X en emergencia**

Este indicador se mide en relación al número de ecografías y rayos X realizados en emergencia, entre el total de las atenciones realizadas en

emergencia, para obtener el número de exámenes radiológicos brindados en emergencia por cada atención, con la finalidad de identificar la prioridad de atención por cada paciente (considerando el tiempo de espera y el caso si es emergencia o una urgencia); el promedio de medición debe ser en forma mensual.

Formula que debe ser aplicada para el cálculo:

N° de Ecografías y Rayos X (exámenes radiológicos) realizados en emergencia

N° total de pacientes con atenciones en emergencia

CAPITULO VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

6.1. Sobre el Objetivo General.- Luego de observar el desarrollo del objetivo general después de aplicar la encuesta para recoger opiniones del usuario de los servicios de salud sobre categorización al Nivel II-2 del Hospital General “José H. Soto Cadenillas” Chota, y luego de analizar la demanda y revisar las normas técnicas, se ha podido identificar si existe buena calidad de los servicios en salud, solo con un propósito para determinar los factores y estándares que acrediten la sustentación del programa de “Categorización a Nivel II-2”, para buscar la calidad de atención en salud de los usuarios de los servicios de salud del Hospital en estudio, con el análisis realizado a permitido identificar que especialidades faltan implementar para lograr y buscar una calidad de atención en salud, esto ayudará a elevar el grado de satisfacción del usuario, de los noventa usuarios encuestados la mayoría coinciden que debe realizarse un mejoramiento y renovación de la infraestructura; al material bio-médico lo consideran que se encuentra en estado regular de funcionamiento y que se necesita urgente nueva implementación con material de óptimas condiciones; sobre el material logístico opinan que se necesita renovación en su totalidad para un uso en optimo servicio del paciente; de los cuales el 79% de los encuestados opinan que la infraestructura debe renovarse para ser mas adecuada; el 71% opinan que los equipos bio-médicos utilizados para su atención se encuentran en regular estado de funcionamiento; el 79% opinan que debe haber mejor inversión de gasto económico en la compra de material médico he instrumentos de última generación; el 69% opinan sobre el estado de conservación y mantenimiento en que se encuentran los equipos de rayos X y laboratorio en malas condiciones; y el 66% opinan que debe existir médicos especialistas en todas las especialidades para que resuelvan mejor sus problemas de salud y se alcance a una calidad de atención.

Según las investigaciones realizadas se identifica que la población usuaria del servicio de salud y la población en general si tienen necesidades de ser atendidos por médicos especialistas, debemos considerar que el desconocimiento de una parte de la población hace que esta necesidad sea postergada cada año, porque no tienen el conocimiento suficiente para diferenciar sobre la calidad de atención que reciben de un médico general y los beneficios que causa de ser atendidos por un médico especialista como se ha demostrado en las encuestas aplicadas a una muestra de noventa usuarios, que según resultado arroja que algunos encuestados no saben no opinan sobre las preguntas realizadas, siendo el porcentaje en algunos casos un poco altos que llega hasta el 36%, entonces estamos frente a una población con poco conocimiento sobre la importancia de la calidad de atención en salud, y en otros casos se ha identificado el conformismo de algunos encuestados, porque no tienen una visión clara con la atención que reciben de parte del personal de salud.

6.2. Sobre el Objetivo Específico 01.- Con respecto al presente objetivo, se observa los resultados que fueron obtenidos en la encuesta a noventa usuarios de los servicios de salud en calidad de muestra que fueron elegidos al azar en el Hospital en estudio, ha permitido determinar la identificación del tipo de infraestructura, recursos humanos y los instrumentos que tiene en la actualidad, para ser categorizado al Nivel II-2; la encuesta nos ha permitido determinar el grado de opinión de los usuarios sobre la infraestructura del hospital en estudio; el 79% de los encuestados opinan que si debe haber una infraestructura más adecuada; el 71% opinan que los equipos bio-médicos y logísticos se encuentra en regular estado; el 69% opinan que el estado de conservación y mantenimiento en que se encuentran los equipos de Rayos X y Laboratorio están en regular estado; y realizando la descripción de la infraestructura el área total del terreno equivale a un promedio de treinta mil doscientos metros cuadrados área suficiente para que se realice nuevas construcciones en infraestructura que resulta permitido para la

categorización al Nivel II-2; porque el área construida es 16,300 m² y se encuentra distribuido en dieciséis (16) ambientes para labor administrativa; veinticuatro (24) ambientes para consultorios externos; once (11) ambientes para centro quirúrgico y sala de operaciones; treinta y nueve (39) ambientes para hospitalización Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Emergencia y Observación; y catorce (14) ambientes para el Servicio de Laboratorio Clínico, Rayos X, Ecografías, Banco de Sangre y Farmacia y quedando un área libre que es de 13,900 m²; también se ha identificado las especialidades existentes en Medicina, Cirugía; Gineco-Obstetricia y Pediatría, estando incluido la especialidad de Anestesiología dentro de Cirugía.

Que, considerando la opinión de los noventa encuestados y estos son usuarios de los servicios de salud, se debe considerar que es urgente optar por una nueva infraestructura por tener alto porcentaje de opinión que sea más adecuada; resulta de prioridad para la realización de nuevos cambios de equipos bio-médicos y estos deben hacerse porque es prioridad para una buena atención de los pacientes, por el hecho de existir un área de terreno libre sin construir y un área construida que necesita remodelación es de prioridad la construcción de nuevos ambientes para que se brinde mejor atención a los pacientes en cuanto a privacidad y hacinamiento; porque los ambientes de hospitalización destinados en los diferentes servicios se encuentran reducidos y estos causan hacinamiento de pacientes hospitalizados, corriendo el riesgo de causar enfermedades intrahospitalarias entre pacientes, familiar paciente o paciente personal de salud si no se practica los manejos estrictos de bioseguridad. Se realizó la verificación del registro diario de intervenciones quirúrgicas por médicos especialistas consolidado en promedio mensual pacientes con intervenciones quirúrgicas es de ciento diecinueve (119) por diferentes patologías, resultando el mayor número de intervenciones quirúrgicas en cesáreas y apendicitis; se consideró la demanda de pacientes promedio mensual en los servicios de consultorios llegando a brindar atenciones a mil doscientos cincuenta y nueve (1,259) pacientes según la fuente informática en la hoja de atención en salud – HIS de los diferentes

profesionales de la salud recopilado en el área de estadística del Hospital en estudio; la demanda de pacientes promedio mensual en los servicios de hospitalización alcanza en atenciones a mil doscientos cuarenta y tres (1,243) pacientes hospitalizados en los diferentes servicios, según fuente hoja de información en salud – HIS de los diferentes profesionales de la salud del Hospital en estudio; se identificó también la demanda de pacientes promedio mensual atendidos y atenciones por médicos especialistas en la cantidad de trescientos treinta y uno (331) recopilado de la fuente hoja de información en salud y registro de atenciones diarias de estadística; y la demanda de pacientes promedio mensual en los servicios de apoyo al diagnóstico son cinco mil setecientos sesenta y tres (5,763) atenciones.

Resulta prioritario categorizar al nivel deseado para que existan mas especialidades en funcionamiento acorde con el incremento poblacional y las necesidades diarias que se presentan en los pobladores para que sean atendidos en forma diaria por médicos especialistas, aunado a ello las urgencias y emergencias que se presentan en forma repentina , entonces tenemos que solo con la categorización se puede brindar mejor calidad de atención en salud, si consideramos la cantidad de pacientes hospitalizados promedio mensual en relación con las cuatro especialidades que funcionan en la actualidad se concluye que es alta y las interconsultas también en las cuatro especialidades son un número elevado porque este viene hacer un filtro de atención que luego el paciente de ser evaluado por el médico general este decide a falta de nivel resolutivo que debe pasar interconsulta con el médico especialista según la condición de patología para un diagnóstico definitivo.

6.3. Sobre el Objetivo Específico 02.- Se identificó la organización para categorizar al Nivel II-2 del hospital en estudio, se tuvo los resultados de la muestra tomada a noventa usuarios, para aplicar las estrategias se realizaron coordinaciones con funcionarios y personal administrativo del Hospital en estudio para lograr un empoderamiento en la gestión

administrativa y su importancia para resolver mejor los problemas de salud en todas sus dimensiones; también se realizaron talleres sobre valores morales y éticos de los recursos humanos, ejecución de sensibilización sobre importancia y prioridad de renovación de equipos y construcción de infraestructura, análisis de métodos y formas de gestión para adquisición de presupuesto económico; también se ha considerado la muestra sobre encuesta a noventa usuarios de los servicios del Hospital en estudio, en su opinión sobre la existencia de médicos especialistas el 66% consideran que si debe existir médicos especialistas en todas las especialidades, y el 73% opinan que los médicos especialistas deben brindar atención todos los días; la opinión sobre la categorización al Nivel II-2 del Hospital en estudio, el 83% de los encuestados consideró que si resolvería mejor sus problemas de salud; Que, haciendo un análisis de la organización del Hospital en estudio se debe mejorar en la gestión administrativa siempre basado en la meritocracia, porque se necesitan funcionarios empoderados en gestión para obtener los resultados deseados al servicio de los usuarios y de toda la población, por lo tanto existiendo solo cuatro especialidades que dan servicio a la población estas resultan deficientes porque en los Hospitales categorizados en el Nivel II-2, las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud – UPSS, que deben contar como mínimo son: UPSS Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Unidad de Cuidados Intensivos, Medicina en Rehabilitación, Diagnóstico mediante Imágenes, Patología Clínica, Anatomía Patológica, Farmacia, Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, Nutrición y Dietética, y Central de Esterilización; los recursos humanos están dotados acorde con el número de especialidades teniendo como base los especialistas, y personal no médico y técnicos y auxiliares.

6.4. Sobre el Objetivo Específico 03.- En este objetivo se diseña la elaboración de documentos de gestión adecuados a un programa de categorización a Nivel II-2, entre ellos el CAP, CNP, MOF, ROF, PAP y POI, se describe la importancia de cada uno por ser instrumentos de

aplicación obligatoria para el buen funcionamiento institucional y estos deben estar elaborados según la categoría alcanzada, instrumentos que son de soporte institucional en cuanto a organización, funcionamiento, financiamiento económico, funciones de funcionarios y servidores públicos; que habiendo sido aplicado la encuesta en una muestra de noventa usuarios para medir el grado de opinión sobre documentos de gestión, el 47% de los encuestados consideran que si debe ser aplicado para mejorar la gestión administrativa en favor del usuario del servicio.

Entonces tenemos que para conservar una administración sustentable, se debe tener elaborados los instrumentos de gestión porque resultan herramientas indispensables para guía y la formalidad para un buen funcionamiento organizacional en todas sus dimensiones, además son fuentes de base fundamental para la formalidad administrativa y legal.

6.5. Sobre el Objetivo Específico 04.- Se considera la elaboración de proyectos de inversión en dos dimensiones: construcción de infraestructura y compra de instrumentos - equipos, siendo considerado la construcción de los diferentes pabellones de hospitalización entre ellos: Emergencia, Centro Quirúrgico, Medicina, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia; y en la compra de equipos se considera material bio-médico; y la eliminación correcta de residuos contaminados. Entonces tenemos que para brindar una atención de calidad, debe existir recursos humanos con nivel de actitud resolutiva eficiente, siempre que exista también los equipos y material bio-médico acorde con la formación profesional de cada especialista, aunado a ello la infraestructura también debe ser de buena calidad no solo para evitar un hacinamiento de pacientes y los riesgos en bioseguridad, sino también lo más indispensable es la privacidad del paciente para su atención y su procedimiento a seguir, siempre que exista también material y equipos bio-médicos que generen garantía para la atención del paciente. (NTS N°.021-MINSA/DGSP-V.03, 2011)

CAPITULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1.- CONCLUSIONES

Los recursos humanos que existen en la actualidad tienen poca competencia de nivel resolutivo para la atención del paciente en patologías de complicación media hacia grave, porque solo existen cuatro especialidades y estas no están implementadas con la cantidad suficiente de médicos especialistas que coberturen la atención las veinticuatro horas del día.

Los instrumentos y equipos médicos existentes son de mediano uso de conservación porque la mayoría son antiguos y se necesita urgente renovación, según opinión de los encuestados consideran que es urgente optar por una nueva infraestructura más adecuada; renovación de instrumentos y equipos bio-médicos de última tecnología con marca garantizada, porque los existentes algunos son de procedencia china.

Existe un área de terreno libre sin construir y un área construida que necesita remodelación, que siendo de prioridad la construcción de nuevos ambientes para la atención a los pacientes en cuanto a privacidad y evitar hacinamiento; porque los ambientes de hospitalización destinados en los diferentes servicios se encuentran reducidos y estos causan hacinamiento de pacientes hospitalizados.

Resulta prioritaria la propuesta de categorizar al nivel II-2 al Hospital en estudio para que existan más especialidades en funcionamiento acorde con el incremento poblacional y las necesidades diarias que se presentan en los pobladores para que sean atendidos por médicos especialistas.

Que, realizando una observación en las áreas administrativas del Hospital en estudio se llegó a la conclusión que los instrumentos de gestión ROF, MOF, CAP, CNP, PAP no se encuentran actualizados y falta priorizar su contenido acorde con la realidad institucional basado en las normas legales directrices que sirven para su adaptación sin poder desligarse de ellas.

No existen perfiles técnicos de sustento para implementación con instrumental, equipos médicos de renovación urgente, construcción de nueva infraestructura, entonces se ha llegado a la conclusión que en la ciudad de

Chota se debe priorizar la propuesta de categorización del Hospital “José H. Soto Cadenillas” al Nivel II-2, por el crecimiento poblacional en usuarios de los servicios de salud y lograr la renovación y implementación institucional.

Las cuatro especialidades existentes resultan muy reducidas para la atención de las diferentes complejidades de patologías presentadas en la población; porque la demanda en la atención de pacientes en los últimos años se ha incrementado en los diferentes servicios, teniendo plena relación de sustento con la revisión de las normas técnicas.

Entonces la propuesta de un programa de implementación de los servicios de salud para categorización al Nivel II-2 debe caracterizarse por lo planteado en los objetivos para que se tome urgentes acciones de implementación.

7.2. RECOMENDACIONES.

Se recomienda a los directivos y funcionarios públicos del Hospital en estudio tomar acciones a corto plazo en la priorización para la compra, renovación y nueva implementación de instrumentos y material médico, basados en ciencia y tecnología, para una oportuna y adecuada atención a los usuarios del servicio de salud, buscando siempre la competitividad en todos los niveles de los profesionales de la salud.

Brindar una calidad de atención al usuario, implementando los mejores estándares de calidad con la adquisición de instrumentos, materiales médicos acorde con los avances tecnológicos y los recursos humanos que conserven el nivel de competitividad basados en los avances científicos.

Se recomienda elaborar proyectos de inversión para la toma de decisiones a mediano plazo en el mejoramiento de infraestructura por resultar prioritario en el conjunto de acciones que se busca para mejorar los servicios de salud porque resulta de gran importancia para resolver mejor la problemática referente al hacinamiento de pacientes, privacidad, comodidad y seguridad.

Elaborar y sustentar los instrumentos de gestión consistentes en el Cuadro de Asignación de Personal – CAP y el Presupuesto Analítico de Personal - PAP, para lograr presupuesto y plazas de médicos especialistas en todas las especialidades y equipos de salud integrados con todo el personal prioritario para la conformación de equipos de trabajo.

Conservar actualizados los instrumentos de gestión: CAP, PAP, MOF, ROF, POI, acorde con el nivel y categoría institucional alcanzado, porque son de prioridad para que la gestión administrativa tenga mejores condiciones y estilos de trabajo en gestión idónea, basado en la competencias profesionales administrativas de nivel resolutivo institucional.

Considerar como prioridad institucional la meritocracia de los funcionarios y servidores públicos al ocupar los cargos públicos, por su perfil de competitividad estos tienen mejor visión en el desempeño de funciones acorde con los avances que debe tener las entidades del estado para que se resuelva mejor la problemática institucional y se brinde una atención integrada aplicando en todo momento los criterios técnicos y científicos para un trabajo con resultados en el logro de metas y objetivos trazados.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- APOYO Consultoria. (2012 - 2016). *Lineamientos para promover la inversión en infraestructura en el Perú*. Lima - Perú: CAPECO.
- Casalino, G. (2008). Calidad de Servicio de la Consulta Externa de Medicina Interna de un Hospital. *Rev. Soc Perú Med. Interna*.
- Frenk, J. (2015). Cobertura Universal de Salud en Latinoamérica . *MEDICC Review*.
- García, J. (2004). Estudios Descriptivos. *Nure Investigación*.
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Pluralismo Estructurado. *Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina* .
- Manterola, C., & Otzen, T. (2014). Estudios Observacionales . En M. y. Otzen, *Estudios Observacionales*. Chile.
- Manterola, C., & Otzen, T. (2014). Int. J. Morphol 32. En C. Manterola, & T. Otzen , *Estudios observacionales*. (pág. 634). Chile.
- N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01. (2004). Norma Técnica Categorías de Establecimientos de Sector Salud. En MINSA, *N T N° 0021-MINSA / DGSP V.01*. Lima - Perú.
- NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSA / DGSP - V.01. (2004). *Manual de Bioseguridad*. Lima - Perú.
- NTS N° .043-MINSA/DGSP-V.01. (2006). Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. En R. M. N° .529-2006/MINSA, *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores*. Lima - Perú.
- Resolución Ministerial N° .941-2005/MINSA. (2005). Documento Técnico. En M. d. Salud, *Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores*. Lima - Perú.
- Seclen, J., & Darras, C. (2005). Satisfacción de los Usuarios de los Servicios de Salud. En S. y. Darras, *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Lima - Peru.
- Shimabuku, R., Huicho, L., Fernández, D., Nakachi, G., Maldonado, R., & Barrientos, A. (2012). *Rev Peru Med Exp Salud Publica. Niveles de Insatisfacción del Usuario Externo en el Instituto Nacional del Niño de Lima, Perú*.
- Titelman, D., Centrangolo , O., & Acosta, O. L. (2015). Política de Salud . *MEDICC Review*.
- Zeballos, L., Pastor, R., & Moscoso , B. (2011). Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*.

<http://www.definiciónabc.com/comunicación/encuesta.php>. (s.f.).
http://www.definiciónabc.com/comunicación/encuesta.php. Obtenido de
<http://www.definiciónabc.com/comunicación/encuesta.php>.

<http://wwwconceptodefinicion.de/observacion/>. (s.f.).
http://wwwconceptodefinicion.de/observacion/.

www.unisantana.com/sociología/El_Cuestionario.pdf. (s.f.).
www.unisantana.com/sociología/El_Cuestionario.pdf. Obtenido de
www.unisantana.com/sociología/El_Cuestionario.pdf.

CAPITULO IX ANEXOS

9.1.- Informe opinión de experto.

INFORME DE OPINIÓN DEL EXPERTO SOBRE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO TEST DE ENCUESTA

I.- DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres del experto: TAPIA IDROGO CARLOS F. Mg. G.P.
 Institución donde labora: HOSPITAL "JOSE H. SOTO CADENILLAS" CHOTA

II.- INVESTIGADOR:

- Br. Roberto Fernández Rodríguez.

III.- ASPECTOS DE VALIDACION. Valoración: D = Deficiente, R= Regular, B = Bueno.

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACION		
		D =1	R=2	B=3
Vocabulario	El lenguaje es claro, apropiado al nivel de los usuarios de los servicios de salud encuestados			✓
Objetividad	Esta expresado en indicadores precisos y claros			✓
Organización	Presentan los items una organización lógica			✓
Pertinencia	Los items corresponden a infraestructura, recursos humanos y otros.			✓
Intencionalidad	Evalúa los niveles de conocimiento en salud del usuario		✓	
Consistencia	Basado en los aspectos teóricos y científicos		✓	
Coherencia	Existe coherencia entre los objetivos y variables			✓
Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación			2
Puntaje				22

IV.- INFORME DE EVALUACION DEL JUICIO DE EXPERTO:

El trabajo de investigación titulado "Propuesta de un programa de implementación de servicios de salud para categorizar a Nivel II-2 al Hospital General "José H. Soto Cadenillas" Chota, de la provincia de Chota – 2016, que presenta como instrumento el test de encuesta y el programa, están diseñados de acuerdo al marco teórico y la operacionalización de variables. En tal sentido doy mi opinión que debe ser aplicada.

Firmo el presente que hace constar la validación de dichos instrumentos para ser aplicados en el trabajo de investigación.

Chota, 22 AGOSTOdel 2016.


 GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
 HOSPITAL GENERAL CHOTA
 Dr. Carlos F. Tapia Idrogo
 MAG. N.º 21202
 ADMINISTRADOR

INFORME DE OPINIÓN DEL EXPERTO SOBRE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO TEST DE ENCUESTA

I.- DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres del experto: Huaman Quiña Salomón M.G. - GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD REG. 020
 Institución donde labora: HOSPITAL "JOSÉ H. SOTO CADENILLAS" - CHOTA

II.- INVESTIGADOR:

- Br. Roberto Fernández Rodríguez.

III.- ASPECTOS DE VALIDACION. Valoración: D = Deficiente, R= Regular, B = Bueno.

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACION		
		D =1	R=2	B=3
Vocabulario	El lenguaje es claro, apropiado al nivel de los usuarios de los servicios de salud encuestados			✓
Objetividad	Esta expresado en indicadores precisos y claros			✓
Organización	Presentan los ítems una organización lógica			✓
Pertinencia	Los ítems corresponden a infraestructura, recursos humanos y otros.			✓
Intencionalidad	Evalúa los niveles de conocimiento en salud del usuario		✓	
Consistencia	Basado en los aspectos teóricos y científicos		✓	
Coherencia	Existe coherencia entre los objetivos y variables			✓
Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación			✓
Puntaje				22

IV.- INFORME DE EVALUACION DEL JUICIO DE EXPERTO:

El trabajo de investigación titulado "Propuesta de un programa de implementación de servicios de salud para categorizar a Nivel II-2 al Hospital General "José H. Soto Cadenillas" Chota, de la provincia de Chota – 2016, que presenta como instrumento el test de encuesta y el programa, están diseñados de acuerdo al marco teórico y la operacionalización de variables. En tal sentido doy mi opinión que debe ser aplicada.

Firmo el presente que hace constar la validación de dichos instrumentos para ser aplicados en el trabajo de investigación.

Chota, 22 Agosto del 2016.



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
 UNIDAD EJECUTORA N° 020
 HOSPITAL "JOSÉ H. SOTO CADENILLAS" CHOTA

[Firma]

ABC Salomón Huaman Quiña
 REGISTRO ICAL N° 4888
 DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

9.2. Autorización de aplicación de instrumento.

AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO TEST DE ENCUESTA

I.- DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres del autorizante:

JAPIA FROGO CARLOS ZUITT

Institución donde se autoriza:

ADMINISTRACION HOSPITAL GENERAL "JOSÉ H. SOTO CADENILLAS"
CHOTA

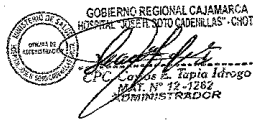
II.- INVESTIGADOR:

- Br. Roberto Fernández Rodríguez.

La encuesta que será aplicada es para el trabajo de investigación titulado "Propuesta de un programa de implementación de servicios de salud para categorizar a Nivel II-2 al Hospital General "José H. Soto Cadenillas" Chota, de la provincia de Chota, que presenta como instrumento el test de encuesta y la propuesta, están diseñados de acuerdo al marco teórico y la operacionalización de variables. En tal sentido doy mi autorización que debe ser aplicada a una muestra de noventa usuarios de los servicios de salud en las unidades prestadoras de servicios y a la entrada de la institución.

Firmo el presente que hace constar la autorización de dicho instrumento para ser aplicado en el trabajo de investigación.

Chota, 11 Julio del 2016.



9.3. Encuesta aplicada a usuarios



ENCUESTA A USUARIOS PARA VALORAR LA PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE IMPLEMENTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA CATEGORIZAR AL NIVEL II – 2 AL HOSPITAL CHOTA.

OBJETIVO GENERAL: Determinar el grado de satisfacción del usuario (os) del servicio prestador de salud, para mejorar la calidad de atención y categorizar al Nivel II – 2 del Hospital Chota.

Veinte preguntas en total

1. ¿Cómo lo considera usted la infraestructura para la atención del paciente en el Hospital “José H. Soto Cadenillas”?

Instrumento	Selección	Análisis
Buena		
Regular		
Mala		

2. ¿Existen médicos especialistas en todas las especialidades para la atención del paciente (recursos humanos)?

Instrumento	Selección	Análisis
Si		
No		
No sabe, no opina		

3. ¿Se siente seguro(a) que el Médico General resuelve su problema de salud y/o enfermedad en la atención que le brinda?

Instrumento	Selección	Análisis
Siempre		
A veces		
Rara vez		
Nunca		

4. ¿Cree usted que los Médicos Especialistas deben brindar atención en forma?

Instrumento	Selección	Análisis
-------------	-----------	----------

Diaria		
Mensual		
Trimestral		
Semestral		
Anual		

5. ¿Los equipos de Rayos X y de Laboratorio le generan seguridad en su estado de conservación y mantenimiento para la lectura de muestras?

Instrumento	Selección	Análisis
Bueno		
Regular		
Malo		
No sabe, no opina		

6. ¿Considera usted que el trabajo realizado por el personal de salud (recursos humanos) en el Hospital Chota es en equipo?

Instrumento	Selección	Análisis
Siempre		
A veces		
Rara vez		
Nunca		

7. ¿El trato del personal de salud para el paciente es:?

Instrumento	Selección	Análisis
Bueno		
Regular		
Malo		

8. ¿Usted cómo lo evalúa a los ambientes de hospitalización?

Instrumento	Selección	Análisis
Adecuados		
Hacinamiento		
Regular		
Malos		
No sabe, no opina		

9. ¿Usted cree que el Hospital Chota debe tener una infraestructura mas adecuada para la atención del paciente?

Instrumento	Selección	Análisis
Si		
No		
No Sabe		

10. ¿Cómo lo califica usted a los equipos bio-médicos y logísticos que utilizan para su atención?

Instrumento	Selección	Análisis porque.
Bueno		
Regular		
Malo		
No sabe no opina		

11. ¿Cómo lo evalúa usted a la administración del Hospital?

Instrumento	Selección	Análisis
Buena		
Regular		
Mala		
No sabe, no opina		

12. ¿Los casos de emergencia en los pacientes por cualquier causa son solucionados en su totalidad incluido intervenciones quirúrgicas si lo requiere?

Instrumento	Selección	Análisis
Siempre		
A veces		
Rara vez		
Nunca		

13. ¿Conoce usted sobre los beneficios para el paciente si el Hospital en estudio se categoriza al Nivel II-2?

Categoría	Procedimiento	Análisis
Si		
No		
No sabe no opina		

14. ¿Cree usted que si se categoriza al Nivel II-2 el Hospital, resolvería mejor sus problemas de salud?

Instrumento	Selección	Análisis
Si		
No		
No sabe no opina		

15. ¿Sabe usted que si se categoriza al Hospital al Nivel II-2, existirán médicos especialistas casi en todas las especialidades para su atención?.

Instrumento	Selección	Análisis
- Si		
- No		
- No sabe, no opina		

16. ¿Usted cree que el Hospital por ser una institución del Estado, debe cobrar por consulta médica con el especialista una cantidad económica mínima?

Instrumento	Selección	Análisis
Si		
No		
No sabe, no opina		

17. ¿Cómo los considera usted a los recursos logísticos que utiliza el Hospital para su atención (camillas, tensiómetros, estetoscopios etc.)?

Instrumento	Selección	Análisis
Bueno		
Regular		
Malo		

18. ¿Está de acuerdo que el Hospital invierta mejor su gasto económico en la compra de material logístico de última generación para la atención del paciente?

Instrumento	Selección	Análisis
Si		
No		
No sabe, no opina		

19. ¿Cree usted que el Gobierno Central o Regional deben considerar más presupuesto económico para compra de equipos en el Hospital Chota?

Instrumento	Selección	Análisis
Si		
No		
No sabe, no opina		

20. ¿Cree usted que los derechos que paga por consulta médica son muy caros, incluido los exámenes auxiliares al diagnóstico (laboratorio, rayos x, ecografías etc.)?

Instrumento	Selección	Análisis
Si		
No		
No sabe, no opina		

¡Agradecemos su colaboración, por ser valiosa!

9.4. Constancia de aplicación del instrumento.

CONSTANCIA DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO TEST DE ENCUESTA

I.- DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres del representante:

TAPIA IDROGO CARLOS FUJITA

Institución que representa:

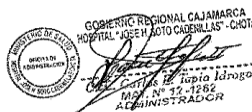
ADMINISTRADOR HOSPITAL GENERAL "JOSÉ H. SOTO CADENILLAS" CHOTA

II.- INVESTIGADOR:

- Br. Roberto Fernández Rodríguez.

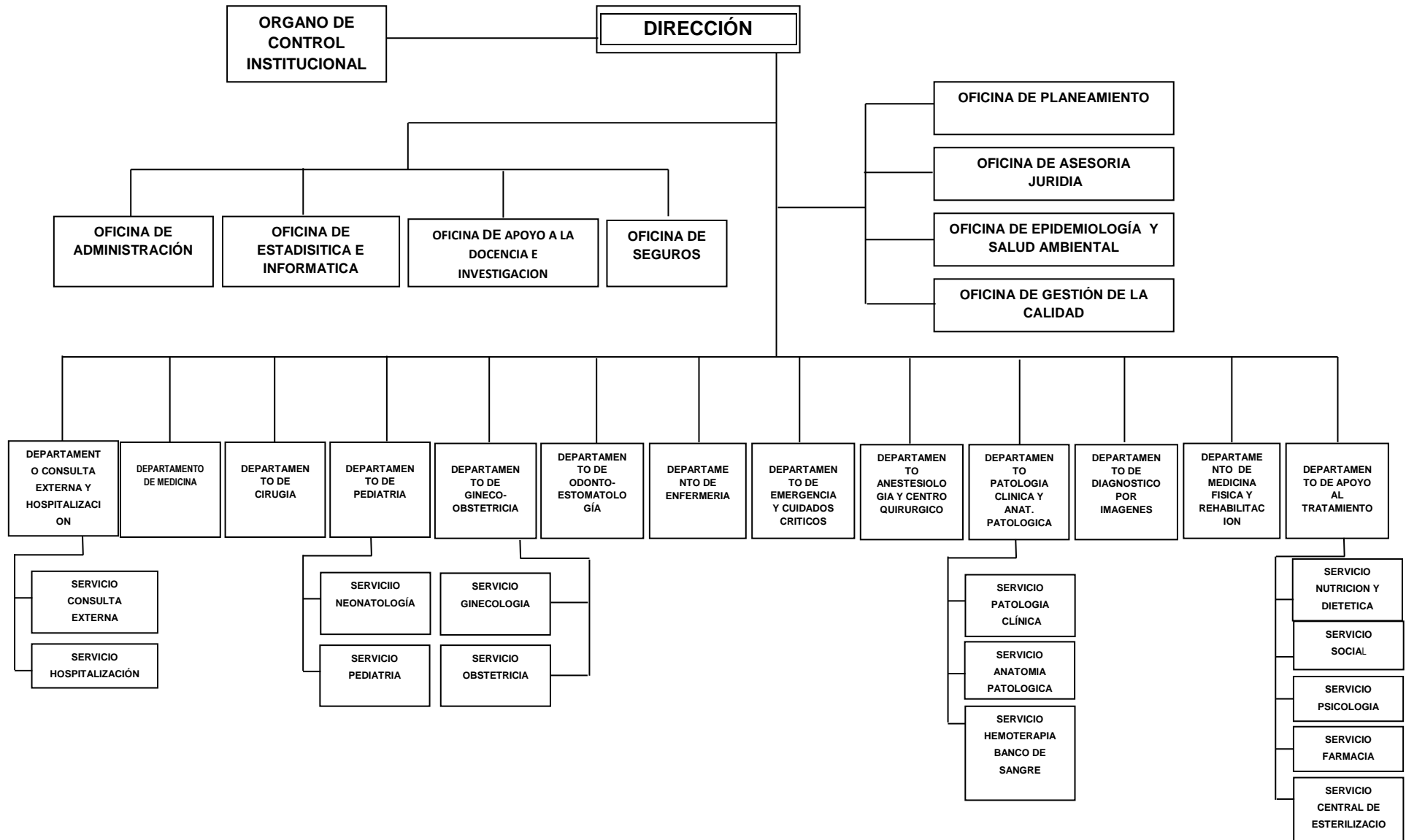
Expendo la presente constancia dando fe que el investigador aplicó el instrumento test de encuesta, que será para el trabajo de investigación titulado "Propuesta de un programa de implementación de servicios de salud para categorizar a Nivel II-2 al Hospital General "José H. Soto Cadenillas" Chota, de la provincia de Chota, esta se encuentra diseñado en el grado de satisfacción de los usuarios del servicio prestador de salud, en la calidad de la infraestructura, en los recursos humanos especialmente en profesionales especialistas de la salud, en las especialidades existentes, en los instrumentos médicos y equipos médicos quirúrgicos. En tal sentido expido la presente constancia que será utilizada con fines de estudio para el mencionado trabajo de investigación.

Chota, 5 DE SEPTIEMBRE del 2016.



9.5 Cronograma estructural.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL “JOSE H. SOTO CADENILLAS” CHOTA.



9.6. Cuadro de asignación de personal - CAP.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA

RESOLUCION GERENCIAL GENERAL REGIONAL



No. 049 -2016-GR.CAJ/GGR

Cajamarca, 05 ABR 2016

VISTO:

El Oficio N° 11-2016-GR-CAJ/GRPPAT-SGDI, de fecha 18 de marzo de 2016 con registro MAD N° 2165299;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Ordenanza Regional N° 004-2015-GR.CAJ-CR de fecha 06 de mayo del 2015, resolvió: "APROBAR el Cuadro de Asignación de Personal Provisional CAP - P de la:

- Dirección Regional de Salud Cajamarca, que consta de ciento dieciocho (118) folios, con dos mil doce (2012) cargos de los cuales mil ciento treinta y siete (1137) están ocupados y ochocientos setenta y cinco (875) previstas.
- Dirección Sub Regional de Salud Jaén, que consta de cuarenta (40) folios, con mil ciento ochenta (1180) cargos de los cuales seiscientos ochenta y tres (683) están ocupados y cuatrocientos noventa y siete (497) previstas.
- Dirección Sub Regional de Salud Cutervo, que consta de catorce (14) folios, con mil ciento sesenta y cinco (1165) cargos de los cuales seiscientos diecinueve (619) están ocupados y seiscientos veintiocho (628) previstas.
- Dirección Sub Regional de Salud Chota, que consta de cincuenta y seis (56) folios, con mil doscientos ochenta y siete (1287) cargos de los cuales seiscientos cincuenta y nueve (659) están ocupados y seiscientos veintiocho (628) previstas.
- Hospital José Soto Cadenillas Chota, que consta de veintiun (21) folios, con trescientos seis (306) cargos de los cuales ciento cincuenta y uno (151) están ocupados y ciento cincuenta y cinco (155) previstas.
- Hospital General de Jaén, que consta de trece (13) folios, con trescientos quince (315) cargos de los cuales ciento ochenta (180) están ocupados y ciento treinta y cinco (135) previstas.
- Hospital Regional de Cajamarca, que consta de cincuenta (50) folios, con mil diecinueve (1019) cargos de los cuales quinientos cincuenta y dos (552) están ocupados y cuatrocientos sesenta y siete (467) previstas.

Que, mediante documento del visto el Sub Gerente de Desarrollo Institucional de la Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial en atención al Oficio N° 213-2016-GR-CAJ-DRA de fecha 09 de marzo de 2016 con registro MAD N° 2143171 de la Dirección Regional de Administración, hace llegar el expediente administrativo contenido en el Oficio N° 543-2016-GR.CAJ/DRSC/DG-RR.HH de fecha 16 de febrero del 2016, con Registro MAD N° 2106238, mediante el cual la Dirección Regional de Salud Cajamarca, hace llegar las propuestas de REORDENAMIENTO de los Cuadro para Asignación de Personal Provisional CAP P de las Unidades Ejecutoras de Salud que a continuación se detallan:

- Dirección Regional de Salud Cajamarca,
- Dirección Sub Regional de Salud Chota,
- Dirección Sub Regional de Salud Cutervo,
- Dirección Sub Regional de Salud Jaén,
- Hospital Regional Cajamarca,
- Hospital General de Jaén y
- Hospital "José Soto Cadenillas" Chota.

Para su aprobación correspondiente, en el mismo que adjunto obra el Informe N° 002-16-GR.CAJ-DRS/OE.GD.RR.HH de fecha 15-02-2016, con registro MAD N° 2105635, mediante el cual el Director de la Oficina de Gestión de Desarrollo de RR. HH. de la Dirección Regional de Salud Cajamarca informa sobre el procedimiento de la elaboración de la propuesta del Reordenamiento de los Cuadros Para Asignación de Personal Provisional CAP P de todas las Unidades Ejecutoras de Salud conformantes del Pliego 445 Gobierno Regional Cajamarca;

Que, mediante el Artículo 8.1 literal g) de la Ley N°30281, Ley del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2015, se autorizó el nombramiento de hasta 20% de la PEA definida a la fecha de entrada en vigencia del Decreto legislativo N° 1153, de los Profesionales de la Salud, de los Técnicos y Auxiliares Asistenciales de la Salud, sus Organismos Públicos y las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales y los Comités Locales de Administración en Salud- CLAS. en el mismo que se dispuso que para efectos de la ejecución del proceso de nombramiento, mediante Decreto Supremo del Ministerio de Salud, refrendado por el ministro de Economía y Finanzas y SERVIR se establecerían los criterios y el procedimiento para llevar a cabo el referido proceso de nombramiento de los Comités Locales de Administración en Salud- CLAS;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 589-2015-SA, el Ministerio de Salud define las PEAS estimadas y proyectadas de los años 2015-2018 para el nombramiento de los profesionales de la salud,





GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
RESOLUCION GERENCIAL GENERAL REGIONAL



No. 079 -2016-GR.CAJ/GGR

Cajamarca, 05 ABR. 2016

y de los técnicos y auxiliares asistenciales de la Salud del Ministerio de Salud bajo los regímenes de contratos del Decreto Legislativo N° 728, Decreto Legislativo N° 276 y el Decreto Legislativo N° 1057;

Que, mediante Decreto Supremo N° 032-2015- SA, se establece los lineamientos para el proceso de nombramiento de los profesionales de la Salud y de los técnicos y auxiliares asistenciales de la Salud del Ministerio de la Salud, sus Organismos Públicos y las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, bajo el amparo de la Ley N° 30281, Ley del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2015;

Que, el numeral 7.5 de la Directiva N° 002-2015-SERVIR/GDSRH "Normas para la Gestión del Proceso de Administración de Puestos, y elaboración y Aprobación del Cuadro de Puestos de la Entidad - CPE", aprobada mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 304-2015-SERVIR/PE, de fecha 13 de noviembre del 2015, estipula lo siguiente: "El CAP Provisional es el documento de gestión institucional de carácter temporal que contiene los cargos definidos y aprobados por la entidad, sobre la base de su estructura orgánica vigente prevista en su Reglamento de Organización y Funciones o Manual de Operaciones, según corresponde, cuya finalidad es viabilizar la operación de las entidades públicas durante el periodo de transición del sector público al régimen del servicio civil previsto en la Ley N° 30057. Las normas referidas al CAP Provisional que deben aplicar las entidades públicas de los tres niveles de gobierno se encuentran establecidas en los Anexos Nos. 4, 4-A, 4-B, 4-C y 4-D de la presente Directiva. El CAP Provisional sólo se puede aprobar en tanto la entidad pública no haya aprobado el CPE y se encuentre dentro de los supuestos establecidos en el numeral 1 del Anexo N° 4 de la presente Directiva";

Que, el literal 1.2) del punto 1) del Anexo N° 4 - sobre el CAP Provisional de la Directiva enunciada líneas arriba señala lo siguiente: "Los únicos supuestos que habilitan a aprobar el Cuadro para Asignación de Personal Provisional - CAP Provisional son: 1.2 Aquellas entidades exceptuadas de las prohibiciones de ingreso, nombramiento, designación y contratación previstas en la Ley Anual de Presupuesto del Sector Público u otra norma nacional con rango de ley, podrán hacer ajustes a su CAP, con la aprobación de un CAP Provisional, respetando las limitaciones establecidas en la Ley Anual de Presupuesto del Sector Público. En este contexto de excepción, de igual manera estas entidades podrán hacer ajustes a su CAP Provisional en el año fiscal";

Que, así mismo el punto 5) del mismo Anexo señalado precedentemente prescribe lo siguiente: "El reordenamiento de cargos del CAP Provisional es el procedimiento mediante el cual se pueden realizar los siguientes ajustes: a) Cambios en los campos: "n° de orden", "cargo estructural", "código", "clasificación", "situación del cargo" y "cargo de confianza", y b) Otras acciones de administración del CAP Provisional que no incidan en un incremento del presupuesto de la entidad, incluyendo el supuesto señalado en el numeral 1.3 del presente anexo. El reordenamiento de cargos contenidos en el CAP Provisional no requerirá de un nuevo proceso de aprobación del CAP Provisional. El reordenamiento de cargos podrá aprobarse mediante resolución o dispositivo legal que corresponda al titular de la entidad, previo informe de la oficina de recursos humanos o el que haga sus veces, con el visto bueno de la oficina de racionalización, o quien haga sus veces. En estos casos, la entidad deberá actualizar su CAP Provisional y publicarlo mediante resolución de su titular durante el primer bimestre de cada año, bajo responsabilidad del titular del órgano responsable de la elaboración del CAP Provisional";

Que, finalmente y como es de verse para la elaboración del proyecto de REORDENAMIENTO del Cuadro para Asignación de Personal Provisional CAP - P de las Unidades Ejecutoras de Salud conformantes del Pliego 445 Gobierno Regional de Cajamarca, se ha tenido en cuenta la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 304-2015-SERVIR/PE, de fecha 13 de noviembre del 2015 que aprueba la Directiva N° 002-2015-SERVIR/GDSRH, "Normas para la Gestión del Proceso de Administración de Puestos, y Elaboración y Aprobación del Cuadro de Puestos de la Entidad - CPE", conforme lo señala en el Informe Técnico de la Dirección de Personal contenido en el Informe N° 020-2016-GR-CJ-DRA/D.P. de fecha 29 de febrero de 2016 con registro MAD N° 2121608, así como se cuenta con el visto bueno de la Sub Gerencia de Desarrollo Institucional de la Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial;

Que, la Directiva citada en el párrafo precedente dispone en el numeral 4.3 DEFINICIONES inciso "g. Titular de la entidad: Para efectos del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos, se entiende que el titular de la entidad es la máxima autoridad administrativa. En el caso de los Gobiernos Regionales y Locales, la máxima autoridad administrativa es el Gerente General del Gobierno Regional y el Gerente Municipal, respectivamente "(negrita agregado nuestro);

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
 V° B°
 Dirección Regional de Personal
 GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
 V° B°
 Dirección Regional de Administración
 GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
 V° B°
 GRPPAT
 GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
 V° B°
 Dirección Regional de Asesoría Jurídica



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
RESOLUCION GERENCIAL GENERAL REGIONAL



No. 019 -2016-GR.CAJ/GGR

Cajamarca, 05 ABR. 2016

Que, de conformidad con lo establecido por el Artículo 191° de la Constitución Política del Perú, concordante con el Artículo 2° de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, los gobiernos regionales son personas jurídicas de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia;

Estando a lo actuado e informado por la Dirección de Personal, contando con las visaciones de la Dirección Regional de Administración, de la Gerencia Regional de Planeamiento Presupuesto y Acondicionamiento Territorial y Dirección Regional de Asesoría Jurídica; y,

En uso de las facultades conferidas en las Leyes 27658 "Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado", Ley 27783 "Ley de Bases de la Descentralización", Ley 27867 "Ley Orgánica de Gobiernos Regionales" modificada por la Ley N° 27902;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR, el REORDENAMIENTO de los Cuadro Para

Asignación de Personal Provisional CAP – P de las Unidades Ejecutoras de Salud conformantes del Pliego 445 Gobierno Regional Cajamarca de acuerdo al detalle siguiente:

- Dirección Regional de Salud Cajamarca, que consta de cincuenta y tres (53) folios, con dos mil doce (2012) cargos, de los cuales mil ciento cuarenta y uno (1141) están ocupados y ochocientos setenta y uno (871) previstas.
- Dirección Sub Regional de Salud Chota, que consta de cincuenta y siete (57) folios, con mil doscientos ochenta y siete (1287) cargos, de los cuales seiscientos sesenta y tres (663) están ocupados y seiscientos veinticuatro (624) previstas.
- Dirección Sub Regional de Salud Cutervo, que consta de sesenta y cinco (65) folios, con mil ciento sesenta y cinco (1165) cargos, de los cuales seiscientos diecinueve (619) están ocupados y quinientos cuarenta y seis (546) previstas.
- Dirección Sub Regional de Salud Jaén, que consta de treinta y dos (32) folios, con mil ciento ochenta (1180) cargos, de los cuales seiscientos ochenta y tres (683) están ocupados y cuatrocientos noventa y siete (497) previstas.
- Hospital Regional Cajamarca, que consta de sesenta y tres (63) folios, con mil diecinueve (1019) cargos de los cuales quinientos cincuenta y dos (552) están ocupados y cuatrocientos sesenta y siete (467) previstas.
- Hospital General de Jaén, que consta de trece (13) folios, con trescientos quince (315) cargos de los cuales ciento ochenta (180) están ocupados y ciento treinta y cinco (135) previstas.
- Hospital "José Soto Cadenillas" Chota, que consta de trece (13) folios, con trescientos seis (306) cargos de los cuales ciento cincuenta y uno (151) están ocupados y ciento cincuenta y cinco (155) previstas.

Los mismos que debidamente visados, forma parte de la presente Regional Gerencial General Regional.

ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER, que la Dirección Regional de Salud Cajamarca,

distribuya y difunda los documentos de gestión aprobados mediante la presente Resolución Ejecutiva Regional a sus órganos y unidades orgánicas estructuradas.

ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR, a la Dirección de Personal de la Dirección Regional

de Administración, brinde el apoyo y asistencia técnica necesarios para la implementación de las acciones a que tiene lugar.

ARTÍCULO CUARTO.- DISPONER, que la Dirección Regional de Salud Cajamarca

disponga la publicación de la presente Resolución y el Cuadro para Asignación de Personal Provisional CAP –P, en el portal electrónico de la entidad.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.



Mepp/Jdct.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
 Gerencia Regional de Planeamiento Presupuesto y Acondicionamiento Territorial
 César Alberto Flores Berrios
 GERENTE GENERAL REGIONAL



CUADRO DE ASIGNACION DE PERSONAL - CAP - PROVISIONAL

ENTIDAD:		HOSPITAL "JOSE HERNAN SOTO CADENILLAS" - CHOTA GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA									
SECTOR :		SALUD									
I		ORGANO DE ALTA DIRECCION									
I.1		DIRECCION									
DENOMINACION DEL ORGANOS		ORGANO DE ALTA DIRECCION									
DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :		DIRECCION									
N° DE ORDEN	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.				
					O	P					
1	DIRECTOR PROGRAMA SECTORIAL II	D4-05-290-2	EC	1	1						
2	TECNICO ADMINISTRATIVO I	T3-05-707-1	SP-AP	1		1					
3	SECRETARIA V	T5-05-675-5	SP-AP	1	1						
TOTAL UNIDAD ORGANICA				3	2	1					
III		ORGANO DE CONTROL									
III.1		ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL									
DENOMINACION DEL ORGANOS		ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL									
DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :		ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL									
N° DE ORDEN	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.				
					O	P					
4	SUPERVISOR SISTEMA ADMINISTRATIVO I	D2-05-700-1	EC	1		1					
5	AUDITOR I	P3-05-080-1	SP-ES	1		1					
6	TECNICO ADMINISTRATIVO I	T3-05-707-1	SP-AP	1		1					
TOTAL UNIDAD ORGANICA				3	0	3					
IV		ORGANO DE ASESORAMIENTO									
IV.1		OFICINA DE PLANEAMIENTO									
DENOMINACION DEL ORGANOS		ORGANO DE ASESORAMIENTO									
DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :		OFICINA DE PLANEAMIENTO									
N° DE ORDEN	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.				
					O	P					
7	DIRECTOR SISTEMA ADMINISTRATIVO I	D3-05-290-1	EC	1		1					
8	PLANIFICADOR I	P3-05-610-1	SP-ES	1		1					
9	ESPECIALISTA EN FINANZAS I	P3-20-360-1	SP-ES	1		1					
10	ESPECIALISTA EN RACIONALIZACION	P3-05-380-1	SP-ES	1		1					
11	TECNICO ADMINISTRATIVO I	T3-05-707-1	SP-AP	1		1					
TOTAL UNIDAD ORGANICA				5	0	5					
IV.2		OFICINA DE ASESORIA JURIDICA									
DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :		OFICINA DE ASESORIA JURIDICA									
N° DE ORDEN	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.				
					O	P					
12	DIRECTOR SISTEMA ADMINISTRATIVO I	D3-05-290-1	EC	1		1					
13	ABOGADO I	P3-40-005-1	SP-ES	1		1					
14	TECNICO ADMINISTRATIVO I	T3-05-707-1	SP-AP	1		1					
TOTAL UNIDAD ORGANICA				3	0	3					

CUADRO DE ASIGNACION DE PERSONAL - CAP - PROVISIONAL

ENTIDAD:		HOSPITAL "JOSE HERNAN SOTO CADENILLAS" - CHOTA GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA										
SECTOR:		SALUD										
IV.3		OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL										
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		O		P	OBSERV.	
15	DIRECTOR SISTEMA ADMINISTRATIVO I		D3-05-290-1	EC	1					1		
16	ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA I		P3-45-190-1	SP-ES	1					1		
17	BIOLOGO I		P3-45-190-1	SP-ES	1					1		
18	TECNICO EN ENFERMERIA I		T4-50-757-1	SP-AP	1					1		
	TOTAL UNIDAD ORGANICA				4				0	4		
IV.4		OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD										
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		O		P	OBSERV.	
19	DIRECTOR DE SISTEMA ADMINISTRATIVO I		D3-05-295-1	EC	1					1		
20	ESPECIALISTA EN SALUD PUBLICA I		P3-50-325-1	SP-ES	1					1		
21	ESPECIALISTA EN SALUD PUBLICA I		P3-50-325-1	SP-ES	1					1		
22	TECNICO ADMINISTRATIVO I		T3-05-707-1	SP-AP	1					1		
	TOTAL UNIDAD ORGANICA				4				0	4		
V		ORGANOS DE APOYO										
5.1		OFICINA ADMINISTRACION										
N° DE ORDEN	DENOMINACION DEL ORGANO	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		O		P	OBSERV.
23	SUPERVISOR SISTEMA ADMINISTRATIVO I		D2-05-700-1	EC	1					1		
24	ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO IV		P6-05-338-4	EC	1					1		
25	ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO IV		P6-05-338-4	EC	1					1		
26	ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO IV		P6-05-338-4	EC	1					1		
27	CONTADOR I		P3-05-225-1	SP-ES	1					1		
28	EXPERTO EN SISTEMA ADMINISTRATIVO II		D4-05-409-2	EC	1				1			
29	TECNICO ADMINISTRATIVO III		T5-05-707-3	SP-AP	1					1		
30	TECNICO ADMINISTRATIVO III		T5-05-707-3	SP-AP	1					1		
31	TECNICO ADMINISTRATIVO III		T5-05-707-3	SP-AP	1					1		
32	TECNICO ADMINISTRATIVO III		T5-05-707-3	SP-AP	1					1		
33	SECRETARIA I		T1-05-675-1	SP-AP	1					1		
34	ARTESANO IV		T2-30-060-1	SP-AP	1					1		
35	ARTESANO IV		T5-30-060-4	SP-AP	1					1		
36	ARTESANO IV		T5-30-060-4	SP-AP	1					1		
37	ARTESANO IV		T5-30-060-4	SP-AP	1					1		



CUADRO DE ASIGNACION DE PERSONAL - CAP - PROVISIONAL									
ENTIDAD:		HOSPITAL "JOSE HERNAN SOTO CADENILLAS" - CHOTA GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA							
SECTOR:		SALUD							
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.	
						O	P		
38	ARTESANO III		T4-30-060-3	SP-AP	1	1			
39	ARTESANO III		T4-30-060-3	SP-AP	1	1			
40	ARTESANO II		T3-30-060-2	SP-AP	1	1			
41	ARTESANO I		T2-30-060-1	SP-AP	1	1			
42	ARTESANO I		T2-30-060-1	SP-AP	1	1			
43	MECANICO III		T4-05-510-3	SP-AP	1	1			
44	MECANICO I		T2-05-510-1	SP-AP	1		1		
45	PROGRAMADOR DE SISTEMA PAD I		T3-05-630-1	SP-AP	1		1		
46	CHOFER III		T4-60-245-3	SP-AP	1	1			
47	CHOFER II		T3-60-245-2	SP-AP	1	1			
48	CHOFER II		T3-60-245-2	SP-AP	1	1			
49	CHOFER I		T2-60-245-1	SP-AP	1	1			
50	CHOFER I		T2-60-245-1	SP-AP	1	1			
51	OPERADOR DE MAQUINA INDUSTRIAL II		T2-30-585-2	SP-AP	1	1			
52	OPERADOR DE MAQUINA INDUSTRIAL II		T2-30-585-2	SP-AP	1	1			
53	TRABAJADOR DE SERVICIOS I		A1-05-870-1	SP-AP	1	1			
54	TRABAJADOR DE SERVICIOS I		A1-05-870-1	SP-AP	1	1			
55	TRABAJADOR DE SERVICIOS I		A1-05-870-1	SP-AP	1	1			
	TOTAL UNIDAD ORGANICA				33	22	11		
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA									
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.	
						O	P		
56	ESTADISTICO I		P3-05-405-1	SP-ES	1		1		
57	TECNICO EN ESTADISTICA II		T5-05-760-2	SP-AP	1	1			
58	TECNICO EN ESTADISTICA I		T4-05-760-1	SP-AP	1	1			
59	AUXILIAR EN ENFERMERIA II		A4-50-125-2	SP-AP	1		1		
60	SECRETARIA IV		T4-05-675-4	SP-AP	1	1			
61	AUXILIAR EN ESTADISTICA I		A3-05-130-1	SP-AP	1	1			
	TOTAL UNIDAD ORGANICA				6	4	2		
OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION									
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.	
						O	P		
62	ESPECIALISTA EN SALUD PUBLICA I		P3-50-325-1	SP-ES	1		1		
63	ESPECIALISTA EN SALUD PUBLICA I		P3-50-325-1	SP-ES	1		1		
	TOTAL UNIDAD ORGANICA				2	0	2		



CUADRO DE ASIGNACION DE PERSONAL - CAP - PROVISIONAL

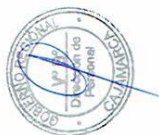
ENTIDAD:		HOSPITAL "JOSE HERNAN SOTO CADENILLAS" - CHOTA GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA									
SECTOR:		SALUD									
V.4		OFICINA DE SEGUROS									
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.				
					O	P					
64	ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO I		P3-05-338-1	SP-ES	1						
65	ENFERMERA I		P3-50-325-1	SP-ES	1						
66	TECNICO EN ENFERMERIA II		T5-50-757-2	SP-AP		1					
67	TECNICO EN ENFERMERIA I		T4-50-757-1	SP-AP			1				
68	TECNICO EN ENFERMERIA I		T4-50-757-1	SP-AP			1				
69	TECNICO EN ENFERMERIA I		T4-50-757-1	SP-AP			1				
70	TECNICO EN ENFERMERIA I		T4-50-757-1	SP-AP			1				
71	AUXILIAR EN ENFERMERIA I		A4-50-125-2	SP-AP			1				
TOTAL UNIDAD ORGANICA					8	4	4				
ORGANOS DE LINEA											
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION											
N° DE ORDEN	DENOMINACION DEL ORGANO	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.			
						O	P				
72	MEDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1						
73	TECNICO ADMINISTRATIVO I		T3-05-707-1	SP-AP	1						
TOTAL UNIDAD ORGANICA					2	0	2				
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA											
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.				
					O	P					
74	MEDICO I		P4-50-525-2	SP-ES	1						
75	MEDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1						
76	MEDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1						
77	MEDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1						
78	MEDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1						
79	MEDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1						
80	MEDICO I		P3-50-525-2	SP-ES	1						
81	ENFERMERA I		P3-50-325-1	SP-ES	1						
82	ENFERMERA I		P3-50-325-1	SP-ES	1						
83	ENFERMERA I		P3-50-325-1	SP-ES	1						
84	ENFERMERA I		P3-50-325-1	SP-ES	1						
85	OBSTETRIZ I		P3-50-540-1	SP-ES	1						
86	OBSTETRIZ I		P3-50-540-1	SP-ES	1						
87	OBSTETRIZ I		P3-50-540-1	SP-ES	1						
88	OBSTETRIZ I		P3-50-540-1	SP-ES	1						



CUADRO DE ASIGNACION DE PERSONAL - CAP - PROVISIONAL

ENTIDAD:		HOSPITAL "JOSE HERNAN SOTO CADENILLAS" - CHOTA GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA									
SECTOR :		SALUD									
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.			
						O	P				
89		OBSTETRIZ I	P3-50-540-1	SP-ES	1	1		1			
90		TÉCNICO EN ENFERMERIA II	T5-50-757-2	SP-AP	1			1			
91		TÉCNICO EN ENFERMERIA II	T5-50-757-2	SP-AP	1			1			
92		TÉCNICO EN ENFERMERIA II	T5-50-757-2	SP-AP	1			1			
93		TÉCNICO EN ENFERMERIA II	T5-50-757-2	SP-AP	1			1			
94		TÉCNICO EN ENFERMERIA I	T4-50-757-1	SP-AP	1			1			
95		TÉCNICO EN ENFERMERIA I	T4-50-757-1	SP-AP	1			1			
96		TÉCNICO EN ENFERMERIA I	T4-50-757-1	SP-AP	1			1			
97		TÉCNICO EN ENFERMERIA I	T4-50-757-1	SP-AP	1			1			
98		TÉCNICO EN ENFERMERIA I	T4-50-757-1	SP-AP	1			1			
99		TÉCNICO EN ENFERMERIA I	T4-50-757-1	SP-AP	1			1			
100		TÉCNICO EN ENFERMERIA I	T4-50-757-1	SP-AP	1			1			
101		AUXILIAR EN ENFERMERIA I	A4-50-125-2	SP-AP	1			1			
TOTAL UNIDAD ORGANICA					28	11	17				
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN											
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.			
						O	P				
102		MÉDICO I	P3-50-525-1	SP-ES	1	1					
103		MÉDICO I	P3-50-525-1	SP-ES	1			1			
104		ENFERMERA I	P3-50-325-1	SP-ES	1	1					
105		TÉCNICO EN ENFERMERIA I	T4-50-757-1	SP-AP	1			1			
106		TÉCNICO EN ENFERMERIA I	T4-50-757-1	SP-AP	1			1			
TOTAL UNIDAD ORGANICA					5	2	3				
DEPARTAMENTO DE MEDICINA											
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.			
						O	P				
107		MÉDICO IV	P6-50-525-4	SP-ES	1	1					
108		MÉDICO IV	P6-50-525-4	SP-ES	1			1			
109		MÉDICO I	P4-50-525-3	SP-ES	1	1					
110		MÉDICO I	P3-50-525-1	SP-ES	1			1			
111		MÉDICO I	P4-50-525-3	SP-ES	1	1					
112		ENFERMERO IV	P3-50-325-3	SP-ES	1			1			
113		ENFERMERA II	P3-50-325-2	SP-ES	1	1					
114		ENFERMERA I	P3-50-325-1	SP-ES	1			1			
115		ENFERMERO I	P3-50-325-1	SP-ES	1	1					
116		ENFERMERO I	P3-50-325-1	SP-ES	1			1			
117		TÉCNICO EN ENFERMERIA III	T5-50-757-3	SP-AP	1	1					

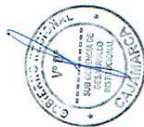




CUADRO DE ASIGNACION DE PERSONAL - CAP - PROVISIONAL									
ENTIDAD: HOSPITAL "JOSE HERNAN SOTO CADENILLAS" - CHOTA GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA									
SECTOR : SALUD									
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.	
						O	P		
118	TÉCNICO EN ENFERMERÍA III		T5-50-757-3	SP-AP	1	1			
119	TÉCNICO EN ENFERMERÍA III		T5-50-757-3	SP-AP	1	1			
120	TÉCNICO EN ENFERMERÍA II		T4-50-757-2	SP-AP	1	1			
121	TÉCNICO EN ENFERMERÍA I		T4-50-757-1	SP-AP	1	1			
122	AUXILIAR EN ENFERMERÍA II		A4-50-125-2	SP-AP	1	1			
	TOTAL UNIDAD ORGANICA				16	14	2		
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA									
VI.3.1	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :								
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.	
						O	P		
123	MÉDICO IV		P6-50-525-4	SP-ES	1	1			
124	MÉDICO III		P4-50-525-2	SP-ES	1	1			
125	MÉDICO II		P4-50-525-2	SP-ES	1		1		
126	MÉDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1				
127	ENFERMERA IV		P6-50-325-4	SP-ES	1	1			
128	ENFERMERA I		P3-50-325-1	SP-ES	1		1		
129	ENFERMERA I		P3-50-325-1	SP-ES	1				
130	ENFERMERA I		P3-50-325-1	SP-ES	1				
131	ENFERMERA I		P3-50-325-1	SP-ES	1				
132	TÉCNICO EN ENFERMERÍA II		T5-50-757-2	SP-AP	1	1			
133	TÉCNICO EN ENFERMERÍA I		T4-50-757-1	SP-AP	1	1			
134	TÉCNICO EN ENFERMERÍA I		T4-50-757-1	SP-AP	1	1			
135	TÉCNICO EN ENFERMERÍA I		T4-50-757-1	SP-AP	1	1			
136	TÉCNICO EN ENFERMERÍA I		T4-50-757-1	SP-AP	1	1			
	TOTAL UNIDAD ORGANICA				14	12	2		
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA									
VI.4	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :								
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.	
						O	P		
137	MÉDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1		1		
138	MÉDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1				
	TOTAL UNIDAD ORGANICA				2	0	2		
SERVICIO DE NEONATOLOGIA									
VI.4.1	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :								
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.	
						O	P		
139	MÉDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1		1		
140	MÉDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1		1		
141	MÉDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1		1		

CUADRO DE ASIGNACION DE PERSONAL - CAP - PROVISIONAL

ENTIDAD:		HOSPITAL "JOSE HERNAN SOTO CADENILLAS" - CHOTA GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA									
SECTOR:		SALUD									
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.			
						O	P				
142	MEDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1		1				
144	ENFERMERA IV		P6-50-325-4	SP-ES	1		1				
143	ENFERMERA I		P3-50-325-1	SP-ES	1		1				
145	ENFERMERA I		P3-50-325-1	SP-ES	1		1				
TOTAL UNIDAD ORGANICA					7	1	6				
SERVICIO DE PEDIATRIA											
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.			
						O	P				
146	MEDICO III		P5-50-525-3	SP-ES	1		1				
147	MEDICO III		P5-50-525-3	SP-ES	1		1				
148	MEDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1		1				
149	ENFERMERA IV		P4-50-325-4	SP-ES	1		1				
150	ENFERMERA I		P3-50-325-1	SP-ES	1		1				
151	ENFERMERA I		P3-50-325-1	SP-ES	1		1				
152	TECNICO EN ENFERMERIA II		T5-50-757-2	SP-AP	1		1				
153	TECNICO EN ENFERMERIA I		T4-50-757-1	SP-AP	1		1				
154	TECNICO EN ENFERMERIA I		T4-50-757-1	SP-AP	1		1				
155	AUXILIAR EN ENFERMERIA II		A4-50-125-2	SP-AP	1		1				
156	TECNICO SANITARIO I		T5-50-845-1	SP-AP	1		1				
TOTAL UNIDAD ORGANICA					11	9	2				
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA											
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.			
						O	P				
157	MEDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1		1				
158	OBSTETRIZ I		P3-50-540-1	SP-ES	1		1				
159	TECNICO ADMINISTRATIVO I		T3-05-707-1	SP-AP	1		1				
TOTAL UNIDAD ORGANICA					3	0	3				
SERVICIO DE GINECOLOGIA											
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.			
						O	P				
160	MEDICO IV		P6-50-525-4	SP-ES	1		1				
161	MEDICO III		P5-50-525-3	SP-ES	1		1				
162	MEDICO III		P5-50-525-3	SP-ES	1		1				
163	MEDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1		1				
164	ENFERMERA I		P3-50-325-1	SP-ES	1		1				
165	ENFERMERA I		P3-50-325-1	SP-ES	1		1				
166	ENFERMERA I		P3-50-325-1	SP-ES	1		1				



CUADRO DE ASIGNACION DE PERSONAL - CAP - PROVISIONAL

ENTIDAD:		HOSPITAL "JOSE HERNAN SOTO CADENILLAS" - CHOTA GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA									
SECTOR :		SALUD									
		ENFERMERA I		P3-50-325-1		SP-ES		1		1	
		TECNICO ADMINISTRATIVO I		T3-05-707-1		SP-AP		1		1	
		TOTAL UNIDAD ORGANICA									
								9		3	
		TOTAL UNIDAD ORGANICA									
								9		3	
VI.5.2											
		SERVICIO DE OBSTETRICIA									
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.			
						O	P				
170	OBSTETRIZ IV		P6-50-540-4	SP-ES	1	1					
171	OBSTETRIZ I		P3-50-540-1	SP-ES	1	1					
172	OBSTETRIZ I		P3-50-540-1	SP-ES	1	1					
173	OBSTETRIZ I		P3-50-540-1	SP-ES	1	1					
174	OBSTETRIZ I		P3-50-540-1	SP-ES	1	1					
175	OBSTETRIZ I		P3-50-540-1	SP-ES	1	1					
176	OBSTETRIZ I		P3-50-540-1	SP-ES	1	1					
169	OBSTETRIZ I		P3-50-540-1	SP-ES	1		1				
177	OBSTETRIZ I		P3-50-540-1	SP-ES	1		1				
178	OBSTETRIZ I		P3-50-540-1	SP-ES	1		1				
179	OBSTETRIZ I		P3-50-540-1	SP-ES	1	1					
180	OBSTETRIZ I		P3-50-540-1	SP-ES	1	1					
181	TECNICO EN ENFERMERIA II		T5-50-757-2	SP-AP	1	1					
182	TECNICO EN ENFERMERIA II		T5-50-757-2	SP-AP	1	1					
183	TECNICO EN ENFERMERIA II		T5-50-757-2	SP-AP	1	1					
184	TECNICO EN ENFERMERIA I		T4-50-757-1	SP-AP	1	1					
185	TECNICO EN ENFERMERIA I		T4-50-757-1	SP-AP	1	1					
186	TECNICO EN ENFERMERIA I		T4-50-757-1	SP-AP	1	1					
187	TECNICO EN ENFERMERIA I		T4-50-757-1	SP-AP	1	1					
188	TECNICO EN ENFERMERIA I		T4-50-757-1	SP-AP	1	1					
189	TECNICO EN ENFERMERIA I		T4-50-757-1	SP-AP	1	1					
190	TECNICO EN ENFERMERIA I		T4-50-757-1	SP-AP	1	1					
191	TECNICO ADMINISTRATIVO I		T3-05-707-1	SP-AP	1		1				
		TOTAL UNIDAD ORGANICA									
								23		19	
								4		4	
VI.6											
		DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA									
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.			
						O	P				
192	CIRUJANO DENTISTA I		P3-50-215-1	SP-ES	1	1					
193	CIRUJANO DENTISTA I		P3-50-215-1	SP-ES	1	1					
194	CIRUJANO DENTISTA I		P3-50-215-1	SP-ES	1	1					
		TOTAL UNIDAD ORGANICA									
								3		2	
								1		1	



CUADRO DE ASIGNACION DE PERSONAL - CAP - PROVISIONAL

ENTIDAD:		HOSPITAL "JOSE HERNAN SOTO CADEMILLAS" - CHOTA GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA									
SECTOR:		SALUD									
VI.7		DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA									
DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :		CARGO ESTRUCTURAL									
N° DE ORDEN		CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.				
					O	P					
195	ENFERMERA II	P4-50-325-2	SP-ES	1	1						
196	TECNICO EN ENFERMERIA II	T5-50-757-2	SP-AP	1	1						
197	TECNICO ADMINISTRATIVO I	T3-05-707-1	SP-AP	1		1					
	TOTAL UNIDAD ORGANICA			3	2	1					
VI.8		DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS									
DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :		CARGO ESTRUCTURAL									
N° DE ORDEN		CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.				
					O	P					
198	MEDICO I	P3-50-525-1	SP-ES	1		1					
199	MEDICO I	P3-50-525-1	SP-ES	1	1						
200	MEDICO I	P3-50-525-1	SP-ES	1		1					
201	MEDICO I	P3-50-525-1	SP-ES	1		1					
202	MEDICO I	P3-50-525-1	SP-ES	1		1					
203	ENFERMERA I	P3-50-325-1	SP-ES	1	1						
204	ENFERMERA I	P3-50-325-1	SP-ES	1	1						
205	ENFERMERA I	P3-50-325-1	SP-ES	1	1						
206	ENFERMERA I	P3-50-325-1	SP-ES	1	1						
207	ENFERMERA I	P3-50-325-1	SP-ES	1	1						
208	ENFERMERA I	P3-50-325-1	SP-ES	1	1						
209	ENFERMERA I	P3-50-325-1	SP-ES	1	1						
210	ENFERMERA I	P3-50-325-1	SP-ES	1	1						
211	ENFERMERA I	P3-50-325-1	SP-ES	1	1						
212	OBSTETRIZ I	P3-50-540-1	SP-ES	1		1					
213	OBSTETRIZ I	P3-50-540-1	SP-ES	1		1					
214	OBSTETRIZ I	P3-50-540-1	SP-ES	1		1					
215	OBSTETRIZ I	P3-50-540-1	SP-ES	1		1					
216	OBSTETRIZ I	P3-50-540-1	SP-ES	1		1					
217	OBSTETRIZ I	P3-50-540-1	SP-ES	1		1					
218	OBSTETRIZ I	P3-50-540-1	SP-ES	1		1					
219	ASISTENTE SERVICIOS DE SALUD II	P2-50-076-2	SP-ESI	1	1						
220	TECNICO EN ENFERMERIA II	T5-50-757-2	SP-AP	1	1						
221	TECNICO EN ENFERMERIA II	T5-50-757-2	SP-AP	1	1						
222	TECNICO EN ENFERMERIA II	T5-50-757-2	SP-AP	1	1						
223	TECNICO EN ENFERMERIA II	T5-50-757-2	SP-AP	1	1						
224	TECNICO EN ENFERMERIA II	T5-50-757-2	SP-AP	1	1						
225	TECNICO EN ENFERMERIA I	T4-50-757-1	SP-AP	1		1					
226	TECNICO EN ENFERMERIA I	T4-50-757-1	SP-AP	1		1					



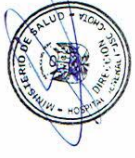


CUADRO DE ASIGNACION DE PERSONAL - CAP - PROVISIONAL

ENTIDAD:	HOSPITAL "JOSE HERNAN SOTO CADENILLAS" - CHOTA GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA									
	SECTOR :									
227	TECNICO EN ENFERMERIA I	T4-50-757-1	SP-AP	1						1
228	TECNICO EN ENFERMERIA I	T4-50-757-1	SP-AP	1						1
229	TECNICO EN ENFERMERIA I	T4-50-757-1	SP-AP	1						1
230	AUXILIAR EN ENFERMERIA I	A4-50-125-2	SP-AP	1						1
231	AUXILIAR EN ENFERMERIA I	A4-50-125-2	SP-AP	1						1
232	AUXILIAR EN ENFERMERIA I	A4-50-125-2	SP-AP	1						1
233	AUXILIAR EN ENFERMERIA I	A4-50-125-2	SP-AP	1						1
234	TECNICO SANITARIO I	T5-50-845-1	SP-AP	1					1	1
TOTAL UNIDAD ORGANICA				37					17	20
VI.9 DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO										
DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :										
N° DE ORDEN	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO			OBSERV.		
235	MEDICO I	P3-50-525-1	SP-ES	1						
236	MEDICO I	P3-50-525-1	SP-ES	1						
237	MEDICO I	P3-50-525-1	SP-ES	1						
238	ENFERMERA IV	P4-50-325-4	SP-ES	1		1				
239	ENFERMERA IV	P4-50-325-4	SP-ES	1		1				
240	ENFERMERO I	P3-50-325-1	SP-ES	1						
241	ENFERMERO I	P3-50-325-1	SP-ES	1						
242	ENFERMERO I	P3-50-325-1	SP-ES	1						
243	TECNICO EN ENFERMERIA I	T4-50-757-1	SP-AP	1						
244	TECNICO EN ENFERMERIA I	T4-50-757-1	SP-AP	1						
TOTAL UNIDAD ORGANICA				10		3		7		
VI.10 DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA										
DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :										
N° DE ORDEN	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO			OBSERV.		
245	MEDICO I	P3-50-525-1	SP-ES	1						
246	TECNICO ADMINISTRATIVO I	T3-05-707-1	SP-AP	1						
247	TECNICO EN LABORATORIO I	T4-50-785-1	SP-AP	1						
TOTAL UNIDAD ORGANICA				3		0		3		
VI.10.1 SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA										
DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :										
N° DE ORDEN	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO			OBSERV.		
248	MEDICO I	P3-50-525-1	SP-ES	1						
249	TECNOLOGO MEDICO I	P3-50-847-1	SP-ES	1						
250	TECNICO EN LABORATORIO I	T4-50-785-1	SP-AP	1						
TOTAL UNIDAD ORGANICA				3		0		3		

CUADRO DE ASIGNACION DE PERSONAL - CAP - PROVISIONAL

ENTIDAD:		HOSPITAL "JOSE HERNAN SOTO CADENILLAS" - CHOTA GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA									
SECTOR :		SALUD									
VI.10.2		SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA									
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.			
						O	P				
251	MEDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1		1				
252	TECNOLOGO MEDICO I		P3-50-847-1	SP-ES	1		1				
253	TECNICO EN LABORATORIO I		T4-50-785-1	SP-AP	1		1				
	TOTAL UNIDAD ORGANICA				3	1	2				
5.9	DENOMINACION DEL ORGANO :	ORGANOS DE APOYO									
5.9.4	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE									
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.			
						O	P				
254	BIOLOGO I		P3-45-190-1	SP-ES	1	1					
255	BIOLOGO I		P3-45-190-1	SP-ES	1		1				
256	BIOLOGO I		P3-45-190-1	SP-ES	1		1				
257	ENFERMERA I		P3-50-525-1	SP-ES	1		1				
258	ASISTENTE SERVICIOS DE SALUD II		P2-50-076-2	SP-ES	1	1					
259	ASISTENTE SERVICIOS DE SALUD II		P2-50-076-2	SP-ES	1		1				
260	TECNOLOGO MEDICO II		P3-50-847-2	SP-ES	1		1				
261	TECNICO EN LABORATORIO I		T4-50-785-1	SP-AP	1		1				
262	TECNICO EN LABORATORIO I		T4-50-785-1	SP-AP	1		1				
	TOTAL UNIDAD ORGANICA				9	4	5				
VI.11	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES									
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.			
						O	P				
263	MEDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1		1				
264	OPERADOR DE EQUIPO MEDICO II		T5-50-575-2	SP-AP	1	1					
265	TECNOLOGO MEDICO I		P3-50-847-1	SP-ES	1		1				
266	TECNICO EN ENFERMERIA I		T4-50-757-1	SP-AP	1		1				
	TOTAL UNIDAD ORGANICA				4	1	3				
VI.12	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	DEPARTAMENTO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION									
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.			
						O	P				
267	MEDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1		1				
268	FISIOTERAPISTA I		P3-50-847-1	SP-ES	1		1				
269	FISIOTERAPISTA I		P3-50-847-1	SP-ES	1		1				
	TOTAL UNIDAD ORGANICA				3	0	3				





CUADRO DE ASIGNACION DE PERSONAL - CAP - PROVISIONAL									
ENTIDAD:		HOSPITAL "JOSE HERNAN SOTO CADENILLAS" - CHOTA GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA							
SECTOR :		SALUD							
DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO									
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.	
						O	P		
270	MEDICO I		P3-50-525-1	SP-ES	1			1	
271	TECNICO ADMINISTRATIVO II		T4-50-797-2	SP-AP	1			1	
	TOTAL UNIDAD ORGANICA				2	1	1	1	1
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETETICA									
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.	
						O	P		
272	NUTRICIONISTA I		P3-50-535-1	SP-ES	1	1			
273	NUTRICIONISTA I		P3-50-535-1	SP-ES	1			1	
274	ASISTENTE SERVICIOS DE SALUD II		P2-50-076-2	SP-ES	1			1	
275	TECNICO EN NUTRICION II		T4-50-797-2	SP-AP	1			1	
276	TECNICO EN NUTRICION II		T4-50-797-2	SP-AP	1			1	
277	TECNICO EN NUTRICION II		T4-50-797-2	SP-AP	1			1	
278	AUXILIAR EN NUTRICION II		A3-50-145-2	SP-AP	1			1	
279	AUXILIAR EN NUTRICION I		A2-50-145-1	SP-AP	1			1	
280	AUXILIAR EN NUTRICION I		A2-50-145-1	SP-AP	1			1	
281	AUXILIAR EN NUTRICION I		A2-50-145-1	SP-AP	1			1	
282	AUXILIAR EN NUTRICION I		A2-50-145-1	SP-AP	1			1	
	TOTAL UNIDAD ORGANICA				11	6	6	5	
SERVICIO SOCIAL									
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.	
						O	P		
283	ASISTENTA SOCIAL I		P3-55-078-1	SP-ES	1			1	
284	ASISTENTA SOCIAL I		P3-55-078-1	SP-ES	1			1	
	TOTAL UNIDAD ORGANICA				2	1	1	1	
SERVICIO DE PSICOLOGIA									
N° DE ORDEN	DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		OBSERV.	
						O	P		
285	PSICOLOGO I		P3-55-640-1	SP-ES	1			1	
286	PSICOLOGO I		P3-55-640-1	SP-ES	1			1	
287	PSICOLOGO I		P3-55-640-1	SP-ES	1			1	
	TOTAL UNIDAD ORGANICA				3	1	1	2	

CUADRO DE ASIGNACION DE PERSONAL - CAP - PROVISIONAL									
ENTIDAD:		HOSPITAL "JOSE HERNAN SOTO CADENILLAS" - CHOTA GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA							
SECTOR:		SALUD							
SERVICIO DE FARMACIA									
DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :									
CARGO ESTRUCTURAL									
N° DE ORDEN	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO			OBSERV.		
				O	P				
288	P3-50-650-1	SP-ES	1		1				
289	T4-50-763-1	SP-AP	1		1				
290	T4-50-763-1	SP-AP	1	1					
291	T4-50-763-1	SP-AP	1	1					
292	T4-50-763-1	SP-AP	1		1				
293	T4-50-763-1	SP-AP	1		1				
294	A4-50-125-2	SP-AP	1		1				
TOTAL UNIDAD ORGANICA			7	2	5				
SERVICIO DE CENTRAL DE ESTERILIZACION									
DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA :									
CARGO ESTRUCTURAL									
N° DE ORDEN	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO			OBSERV.		
				O	P				
295	P3-50-525-1	SP-ES	1		1				
296	P3-50-525-1	SP-ES	1		1				
297	P3-50-525-1	SP-ES	1		1				
298	P3-50-525-1	SP-ES	1		1				
299	P3-50-525-1	SP-ES	1		1				
300	T5-50-757-2	SP-AP	1	1					
301	T5-50-757-2	SP-AP	1	1					
302	T5-50-757-2	SP-AP	1	1					
303	T5-50-757-2	SP-AP	1	1					
304	T4-50-757-1	SP-AP	1	1					
305	T4-50-757-1	SP-AP	1	1					
306	T4-50-757-1	SP-AP	1	1					
TOTAL UNIDAD ORGANICA			12	7	5				
TOTAL GENERAL			306	151	155				



NOTA.- Recopilado y adaptado del Cuadro de Asignación de Personal que conserva el Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota, Nivel II-1.

9.7. FOTOS DEL HOSPITAL EN ESTUDIO

9.7.1. Fotos de la fachada principal.



9.7.2. Fotos del Servicio de Emergencia





9.7.3. Fotos sala de operaciones





9.7.4. Servicio de Pediatría.



9.7.5. Servicio de Medicina.



9.7.6. Fotos servicio de cirugía



9.7.7. Fotos del servicio de Ginecología y consultorios externos.



9.7.8. Fotos del servicio de Rayos X.

