

**UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**UNIDAD DE POSGRADO**



**TESIS**

**Conocimiento y aplicación de la planificación estratégica  
por las enfermeras responsables de la cartera de  
servicios de salud en los centros de atención  
primaria III - Essalud - Chiclayo - octubre 2017.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL  
“ÁREA DE SALUD PÚBLICA, SALUD FAMILIAR Y SALUD  
COMUNITARIA: ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y  
COMUNITARIA”**

**INVESTIGADORA:**

**Lic. Enf. Pacheco del Castillo, Iris Fanny**

**ASESORA:**

**Mg. Santillán Medianero, Viviana del Carmen**

**LAMBAYEQUE – PERÚ**

**2018**

**APROBADO POR:**

---

Dra. Teófila Esperanza Ruiz Olivera

Presidenta

---

Mg. Rosario Clotilde Castro Aquino

Secretaria

---

Mg. Ana Medalid Deza Navarrete

Vocal

---

Mg. Viviana Del Carmen Santillán Medianero

Asesora

## **DEDICATORIA**

De todo corazón para mis hijos y esposo, quienes han sido los más sacrificados para el logro de mi meta profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por permitirme superar todos los retos. A las licenciadas de enfermería y de pregrado por su apoyo incondicional y moral para el logro de mi tesis.

## ÍNDICE

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

**CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN..... 7**

**CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO..... 12**

2.1. Antecedentes del problema ..... 12

2.2. Bases conceptuales teóricas ..... 13

**CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO..... 31**

3.1. Tipo de investigación ..... 31

3.2. Diseño de la investigación ..... 31

3.3. Población y muestra ..... 31

3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos ..... 32

3.5. Procesamiento y análisis de los datos ..... 34

3.6. Criterios de cientificidad..... 34

3.7. Principios éticos ..... 35

**CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... 37**

4.1. Resultados ..... 37

4.2. Discusión..... 40

**CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... 46**

5.1 Conclusiones ..... 44

5.2. Recomendaciones..... 45

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 46**

**ANEXOS ..... 50**

## RESUMEN

La planificación estratégica es una herramienta de gestión valiosa aplicada al campo profesional de enfermería. Por ello la presente investigación titulada conocimiento y aplicación de la planificación estratégica por las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III-Essalud-Chiclayo-octubre 2017, tuvo como objeto de estudio el conocimiento y aplicación de la planificación estratégica, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y aplicación de la planificación estratégica de las enfermeras mencionadas; y los objetivos específicos de identificar el nivel de conocimiento y la aplicación de la planificación estratégica por parte de las enfermeras. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 10 enfermeras. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario para medir el conocimiento y para evaluar la aplicación de la planificación estratégica se utilizó la guía de observación. Ambos instrumentos fueron validados por juicio de expertos. Se tomaron en cuenta los criterios de rigor científico y los principios éticos de Belmont. Se concluye que el 80% de las enfermeras que participaron tuvo un nivel de conocimiento medio. En relación a la aplicación de la planificación estratégica con sus cuatro dimensiones; el 100% de las enfermeras no aplica en su area laboral la dimensión filosófica y el plan operativo; el 80% aplica la dimensión monitoreo de la planificación estratégica de la red Lambayeque-Essalud; y el 40% aplica la dimensión evaluación.

**Palabras claves:** Planificación estratégica, conocimiento y aplicación.

## **ABSTRACT**

Strategic planning is a valuable management tool applied to the professional field of nursing. For this reason, the research and use of the tool for health care, the III-Essalud-Chiclayo Care Centers, October 2017, had the purpose of studying the knowledge and application of strategic planning, with the objective of to determine the level of knowledge and the application of the strategic strategy of the mentioned schools; and the specific objectives of identifying the level of knowledge and the application of strategic planning by nurses. The study was of a quantitative, descriptive cross-sectional type; the sample was constituted by 10 nurses. The data was collected through a questionnaire to measure knowledge and to evaluate the application of the strategic strategy. Both instruments were validated by expert judgment. The criteria of scientific rigor and the ethical principles of Belmont were taken into account. It is concluded that 80% of the nurses who participated had an average level of knowledge. In relation to the application of the strategic strategy with its four dimensions; 100% of nurses do not apply the philosophical dimension in their work area and the operational plan; 80% applies the monitoring measure of the strategic strategy of the Lambayeque network-Essalud; and 40% applies the evaluation dimension.

**Keywords:** Strategic planning, knowledge and application.

# CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En este siglo XXI la planificación estratégica en todos los sectores es una herramienta valiosa para mantenerse en el campo de la competitividad, ya que ésta permite direccionar a las personas que trabajen en equipo con objetivos comunes <sup>1</sup>. De igual manera las instituciones deben socializarla entre sus integrantes con la finalidad de cambiar comportamientos y conseguir actitudes participativas de sus inicios hasta su evolución <sup>2</sup>, lo cual permitirá un mejor desempeño en el trabajador y logro de las metas.

En el sector salud también se diseñan y se aplica la planificación estratégica puesto que las reformas y las exigencias sociales actualmente así lo ameritan; por lo tanto, la participación activa del equipo de salud debe estar alineada a los nuevos retos.

En este equipo de salud, el profesional de enfermería juega un papel esencial, pues así lo reconoce Grace citado por Malvárez S <sup>3</sup>: “El futuro del cuidado de la salud en las Américas depende mucho del rol que jueguen la enfermeras. Sin enfermeras y sin enfermería será imposible lograr una atención adecuada en cantidad y calidad”. Ante esta gran responsabilidad la actitud que asumiría la enfermera en el desarrollo de sus actividades en las diferentes áreas, deben ser con liderazgo y posicionamiento competitivo <sup>1</sup>.

En este sentido la organización de enfermería debe diseñar y aplicar la planificación estratégica empezando desde su área, plantearse la misión y visión de su institución o servicio; y a partir de ello regular su actuación hacia el logro de las mismas como enfermera <sup>2</sup>, para ello el profesional tendrá que saber cuál es su campo de acción autónoma, su cartera de servicios, su cartera de usuarios, sus líneas de acción y proponer modelos de atención de enfermería fundamentados en un serio trabajo con evidencias científicas, en la sistematización de nuestras experiencias como comunidad científica, para el desarrollo de la disciplina y cualificar el servicio que ofrecemos <sup>4</sup>.

En nuestra región se observa que el personal de enfermería es un pilar en cada establecimiento de salud, está muy involucrado y comprometido en alcanzar metas y productividad de la cartera de servicio de salud que está bajo su responsabilidad; pero a pesar del esfuerzo desmedido que realiza el personal profesional de enfermería por cumplir con sus objetivos y/o metas no lo logra y eso

se evidencia por las bajas coberturas en inmunizaciones, en la captación de sintomáticos respiratorio; en el desarrollo de actividades sueltas, en la ejecución de trabajos individualizados entre otros. El mismo profesional expresa su sentir cuando justifican su insatisfacción y frustración frentes a los resultados con comentarios como: “no hay tiempo”, “no hay más enfermeras”, “soy la única enfermera responsable para todas las estrategias”, “hay mucho trabajo”, “uno habla y habla y la gente no cambia”, “el director no apoya y el equipo tampoco”.

Ante ello surgen las interrogantes: ¿La enfermera aporta con su trabajo al logro de la misión y visión institucional?, ¿Sabe cuáles son sus metas y cómo debe alcanzarlas?, ¿Qué valor agregado coloca la enfermera en el producto que entrega?, ¿Monitoriza sus metas y actividades, cada qué tiempo?, ¿Evalúa e informa a sus superiores los avances de sus logros?; lo que nos permite arribar al siguiente problema de investigación: ¿Cuál es el nivel de conocimiento y la aplicación de la planificación estratégica por las enfermeras responsables de la cartera de los servicios salud en los Centros de Atención Primaria III.Essalud-Chiclayo-2017?.

Para tener claridad en este estudio se definió como objeto de investigación: conocimiento y aplicación de la planificación estratégica. El objetivo general del estudio fue:

- Determinar el nivel de conocimiento y aplicación de la planificación estratégica por las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud-Chiclayo-Octubre 2017?

Los objetivos específicos del estudio de investigación fueron:

- Identificar el nivel de conocimiento de la planificación estratégica de las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III. Essalud-Chiclayo-octubre-2017.
- Identificar la aplicación de la planificación estratégica por las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud-Chiclayo-octubre-2017.

Esta investigación está justificada porque permitirá identificar una de las áreas críticas e interna que influye negativamente en el desempeño laboral del profesional

de enfermería, nos referimos a la falta de una planificación estratégica que permita a la enfermera actuar proactivamente frente a su entorno.

Además, permitirá fundamentar a los directivos de los diferentes centros la necesidad de incrementar la educación de enfermería en las áreas de gestión, gerencia, liderazgo y desarrollo humano. Sólo así el profesional de enfermería alcanzará mayores niveles de científicidad, reconocimiento social, fortalecimiento disciplinar y cualificar el servicio que ofrecemos <sup>4</sup>. Puesto que si enfermería articula estrechamente el saber con el hacer sabrá y podrá desempeñar su rol en cualquier ámbito o espacio profesional que crea conveniente o necesario aplicar sus conocimientos profesionales.

El presente estudio ha sido estructurado en cinco capítulos

Capítulo I: Introducción donde se describe la problemática existente del conocimiento y aplicación de la planificación estratégica por parte de las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los centros de atención primaria de Essalud.

Capítulo II: La base conceptual que fundamenta la investigación, así mismo los antecedentes del estudio.

Capítulo III: Se describe el método con el cual se desarrolló esta investigación cuantitativa, con abordaje descriptivo y de corte transversal.

Capítulo IV: Resultados, análisis y discusión.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.

# CAPÍTULO II

## MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes del problema

Leal de Valor D, Bolívar de Muñoz M, Castillo C; Venezuela 2011<sup>5</sup>, realizaron un estudio sobre la planificación estratégica como proceso de integración de un equipo de salud: cuyo propósito fue diseñar un plan estratégico de integración del equipo de salud para optimizar la atención a los usuarios que acuden a un ambulatorio. En los resultados obtenidos evidencian que existe un alto porcentaje de desconocimiento por parte del equipo de salud sobre las pautas de planificación que impiden el adecuado desempeño de sus funciones.

Romero de Julián F, Sánchez de Bustos A, Tirado F, Rivero P; España 2011<sup>6</sup>: En su trabajo Planificación estratégica de enfermería en Extremadura: aproximación conceptual. Que tuvo el objetivo de servir como base sobre la que un futuro pueda desarrollarse proyectos de desarrollo profesional en enfermería. Abordaron los servicios de enfermería desde una óptica profesionalizada de gestión en la que se pueda obtener un mayor desarrollo profesional y beneficio social. Concluyendo que, el plan estratégico es un instrumento, capaz de dinamizar, actualizar, priorizar valores, presentar la misión de los profesionales de enfermería como colectivo al servicio de la sociedad.

Vieira H, Pardo A, Arocha C, Rojas J; Brazil 2006 <sup>7</sup>: En su investigación Sistematización de la atención de enfermería (SAE): elementos para la implementación. El objetivo fue identificar y reflejar las etapas de la planificación para la implementación de esta práctica con el fin de subsidiar el trabajo de las enfermeras en este proceso; teniendo como resultado que la implementación del SAE revela un proceso bastante complejo y laborioso, pero puede contribuir a mejorar la calidad de atención.

## **2.2. Bases conceptuales teóricas**

El estudio se fundamenta en la revisión bibliográfica sobre las teóricas de enfermería Anne Boykin y Savina o. Schoenhofer: “La enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica”. El marco conceptual aborda los temas del conocimiento y la planificación estratégica.

La teoría de la enfermería como cuidado es una teoría general o gran teoría de enfermería que ofrece un amplio marco filosófico con implicaciones prácticas para la transformación. Desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, la atención y el objetivo de la enfermería como disciplina de conocimiento del servicio profesional está "alimentado por las personas que viven y crecen en el cuidado cariñoso" <sup>8</sup>.

Premisa básica: Todos los seres humanos son personas que cuidan, el ser humano está llamado a vivir la naturaleza innata de cuidado. El desarrollo de todo potencial de expresar en cuidado es un ideal y para efectos prácticos es un proceso de toda la vida <sup>9</sup>.

Esta teoría define así a la:

Persona: Viven en el cuidado y crece en el cuidado; las personas son completas en el momento: no existe déficit, deficiencia, insuficiencia ni ruptura. Ser una persona significa vivir, cuidar, a través de lo cual el ser y las posibilidades son capaces de ser conocidos en su plenitud.

Salud: En esta teoría, la salud no se describe completamente pero podemos alcanzar la salud a través de cuidado adecuado en general en todos los aspectos de la vida.

Entorno: Una persona debe estar en un ambiente que irradie una atmosfera saludable que ayude al individuo a crecer en el cuidado al tiempo que revela el enriquecimiento de la enfermería.

Otra teoría en la que basamos nuestro estudio también se ha considerado a Nola Pender y su modelo de promoción de la salud: Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado

la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

“Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”<sup>9</sup>.

Metaparadigmas:

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Las teóricas abordan o enfocan el cuidado como la esencia de la enfermería y el cual es aplicable desde una forma individual como colectivo y en los diferentes campos de acción de enfermería; es decir, tanto en lo asistencial, administrativo, docencia e investigación y además nos dice que el cuidado es un punto de partida de conocimiento y el cual cada día debemos mejorarlo y transformarlo. Y esa búsqueda de mejorar la calidad del cuidado sólo se puede hacer cuanto más conocimiento tengamos del cuidado, mejor será nuestra practica <sup>10</sup>; y mucho más si lo hacemos planificándolo estratégicamente. Ya que este tipo de planificación nos ayuda a mejorar o transformar una situación actual y por ende a mejorar o transformar nuestro cuidado ya que lo realizaremos proactivamente.

Y autores como Mora J y Sánchez M <sup>2</sup>, nos refieren que en el sector de los servicios de salud ha existido prácticamente la cultura de la planificación hasta la década de los 90 <sup>1</sup>. Estos mismos autores definen a la planificación estratégica “como un instrumento directivo que facilita el desarrollo de las políticas de salud, adaptándolas a las previsiones que se producirán en la sociedad en el futuro”, Y que esta planificación estratégica aplicada en una organización se la denomina planificación estratégica de empresa (PEE), la cual puede ser desarrollada en un hospital o en una área de atención primaria.

Nos señalan así mismo que la planificación estratégica tiene como punto de partida la formulación de la visión de la institución y a partir de la misión se analiza el contexto interno de la empresa para establecer un diagnóstico estratégico y luego diseñar las líneas estratégicas, donde deben ir reflejadas las acciones concretas, orientadas a responder a los problemas y necesidades; y conseguir los resultados esperados <sup>1,2</sup>.

Para estos autores “una planificación estratégica de empresa debe desarrollarse desde su inicio hasta su evolución de manera participativa y con total implicancia de los profesionales. En este sentido, la organización de enfermería es un activo esencial y sus acciones estratégicas deben estar necesariamente reflejadas en él <sup>1</sup>.

Desde este último punto de vista, los mencionados autores refieren que la organización enfermería debe tener una actitud activa y estratégica desde cualquier unidad en la que se desempeña. Y esa participación debe ir alineada con la planificación estratégica de la empresa (PEE) para evitar aislamientos y sesgos <sup>1,2</sup>.

Así mismo nos indican que la planificación estratégica debe ser delimitada también al campo profesional y desde esta óptica establecer cuál es la misión (tener claro cuál es mi cartera de usuarios, cuál es mi cartera de servicios, cuál es mi razón de ser en la institución) y la visión; además determinar el área de responsabilidad autónoma, el cómo insertar nuestras actividades en forma eficiente. Esta forma de trabajar de enfermería le permitirá asumir retos con liderazgo, posicionamiento y por ende mejorar la calidad de atención, e incrementar el reconocimiento social y recuperar áreas que eran de enfermería <sup>1</sup>. Puesto que en la actualidad, una buena planificación es necesaria, si no se quiere desaparecer <sup>11</sup>; ya que la planificación estratégica permite producir cambios y transformaciones de una situación planteada que parte de un análisis realista <sup>12</sup>. Y lo interesante e importante de este tema es que la planificación estratégica está relacionada con la investigación porque para elaborar esta última se necesita innovar el conocimiento, permitir el desarrollo de la tecnología, la información y la comunicación <sup>13</sup>, llevando de esta manera a dar el primer paso de inicio para alcanzar la reingeniería de enfermería práctica <sup>14</sup> en nuestra área laboral y por ende brindar un cuidado de calidad en enfermería de atención especializada a nuestros usuarios y pacientes <sup>13</sup>.

Entonces teniendo en cuenta que es necesario el saber para el desarrollo de un buen plan estratégico, Balderas M <sup>1</sup>; nos refiere que el conocimiento es la abstracción realizada en la interrelación sujeto-objeto, del cual se desprenden los conceptos, principios, leyes y teorías, lo que hace que el conocimiento sea un producto social, y para que este se conserve como tal, es necesario difundirlo y aplicarlo a través de la expresión de las ideas <sup>2</sup>.

Según Drunker P., citado por Balderas M <sup>1</sup>, el conocimiento es el único factor de producción, es hoy la clave para el éxito económico y personal. Pues para Drunker P, el conocimiento pasa por tres etapas: 1) hacer, 2) producir y 3) crear. De modo que el conocimiento se utilizó primero para hacer cosas, después para producir

actividades satisfactorias de las necesidades humanas, y finalmente, para crear, innovar, inventar, y hacer la vida de las personas más agradables y armónica <sup>2</sup>.

Para Mora J y Sánchez M <sup>2</sup>, el conocimiento es un capital intelectual esencial para establecer tanto el estudio de la propedéutica de una ciencia como la del proceso productivo destinado a la diferenciación de los productos de una empresa. También es el principal activo, capaz de proporcionar ventajas competitivas sostenibles en la organización cuando se transforma efectivamente la información y la experiencia de los profesionales <sup>1</sup>.

Podemos decir que el conocimiento es la posesión mental de un concepto o conjunto de conceptos que nos permite entender y controlar las situaciones externas e internas.

Según Polyani, citado por Mora J y Sánchez M <sup>2</sup>.Existen dos tipos de conocimiento:

- El Conocimiento tácito: Es aquel difícil de extraer y codificar e incluye la intuición y las perspectivas que resultan de la experiencia desarrollada por la persona. Dentro del conocimiento tácito se encuentran los modelos mentales, las creencias, las percepciones, las habilidades, la artesanía, los valores, la intuición la creatividad, la innovación personal, etc.
- El Conocimiento explícito: Es el conocimiento que se puede identificar, sistematizar, transferir utilizar y generalizar. Se puede identificar como conocimiento explícito las reglas, las ecuaciones, las publicaciones, los procedimientos, los diseños, los productos, las bases de datos, etc.

El conocimiento de la planificación estratégica, está inmerso dentro del conocimiento explícito, porque se necesita analizar y comprender la situación externa e interna que afectan a la institución <sup>15</sup>.

Y la aplicación de los conocimientos adquiridos a la práctica sólo se puede producir si se ponen en marcha procesos de transferencia. La transferencia del conocimiento o de la habilidad adquirida se define como la utilización del conocimiento adquirido en una situación para realizar una tarea que es novedosa para

el individuo. En este contexto significaría aplicar los conocimientos y habilidades adquiridos académicamente a los problemas y situaciones de la vida real <sup>16</sup>.

Para la filosofía marxista considera que el problema más importante no consiste en comprender las leyes del mundo objetivo para interpretarlo, sino en aplicar el conocimiento para transformarlo activamente, es decir cambiar y mejorar una realidad actual <sup>18</sup>. Y en la actualidad Mora J y Sánchez M <sup>2</sup>, nos refiere que es la gestión del conocimiento, y cuando este se aplica bien en los procesos, que genera una comunidad de prácticas en la que se fomenta la participación en la toma de decisiones, integrando el conocimiento de todos los participantes.

Así el conocimiento sobre planificación estratégica permitirá que se desarrollen practicas participativas en construir la realidad deseada (visión), teniendo claro cuál es nuestra razón de ser, es decir la misión, cuáles son los factores internos y externos que influyen en nuestra institución, para hacer buen diagnóstico de la realidad actual, para luego plantearse los objetivos, las estrategias y los planes de acción que permitirá alcanzar la realidad deseada.

Entendiendo por planificación en concordancia con Mora J <sup>2</sup>. Es el proceso que parte del análisis de la situación pasada y presente de un sistema y, después de evaluar los fines y medios disponibles, define metas y objetivos al alcanzar, así como las normas de ejecución y las medidas de control de las actividades necesarias para lograrlos durante un periodo de tiempo determinado.

Según Balderas M <sup>1</sup>, es establecer el curso de acción, teniendo como base el análisis de un problema, ordenado y programando las acciones necesarias para su solución. El primer paso consiste en establecer objetivos, que en relación con la función asistencial serán siempre proporcionar servicios de enfermería que otorguen valor, lo cual significa rebasar las expectativas de los clientes.

Entonces la planificación es plasmar, concretar la idea futura o solución de una situación actual, considerando lo que se desea lograr, el cómo se va hacer y en qué tiempo.

Por lo que es necesario considerar las estrategias, y etimológicamente la palabra estrategia proviene del verbo griego estrategos, que significa acaudillar, planificar la

destrucción del enemigo en razón de los recursos <sup>17</sup>. Según Balderas <sup>1</sup>, es el plan de acción para administrar y operar el negocio. Básicamente se requiere el compromiso administrativo con un conjunto de medidas que permitan crecer a la organización, satisfacer y atraer a los clientes, posesionarse en el mercado, mejorar su desempeño y dejar claro cómo hacerlo <sup>2</sup>.

Entendidos ambos términos; se define planificación estratégica, concordando con Balderas M <sup>1</sup>, como proyectar en tiempo el cumplimiento de objetivos a largo plazo mediante el aprovechamiento de las capacidades para influir sobre el entorno, asimilando o creando oportunidades del ambiente en beneficio de la organización <sup>2</sup>. Es una herramienta vital para la delineación, implementación, el control y la evaluación de acciones que resulten en cambios positivos <sup>6</sup>. Según Bolívar de Muñoz<sup>5</sup>, es un proceso que conduce al capital humano a establecer metas, organizacionales, definir estrategias y políticas para el logro de esas metas, desarrollar planes para asegurar la implantación de las estrategias y así obtener los fines buscados.

Para la elaboración de la planificación estratégica se sigue un proceso que consta de los componentes <sup>2</sup>:

- Misión: Describe la razón de ser de la empresa u organización.
- Visión: Corresponde al futuro deseado de la organización. Descripción de cómo queremos que sea nuestra empresa en el futuro <sup>2</sup>. Es lo que motiva el plan estratégico<sup>1</sup>.
- Análisis estratégico para determinar la posible evolución de los factores internos y externos (FODA).
- Objetivos estratégicos: Logro que la entidad espera concretar en un plazo determinado, acciones conducentes al logro de los propósitos a conseguir; es decir mejorar la organización de la unidad <sup>1</sup>.
- Estrategias: Son las directrices que ayudan a elegir las acciones <sup>19</sup>.
- Planes de acción: Es el plan operativo y se desarrolla a nivel de cada una de las unidades de responsabilidad que tiene a cargo la generación de un producto final <sup>19</sup>.

La aplicación de la planificación estratégica es la etapa concreta de la planificación estratégica y es ejecutada a nivel operativo:

- Misión y Visión: Incluye la entidad de la organización. Es pertinente señalar la filosofía que se aplicará <sup>1</sup>.
- Objetivos operativos: Se describe el logro deseado. Su formulación especifica las acciones generales en relación a la estrategia global del objetivo estratégico <sup>1</sup>.
- Estrategias: Es la fórmula para orientar las acciones, determinar qué se va lograr, cómo se va a competir, contra quién y con qué elementos <sup>1</sup>.
- Plan de actividades: Detalla todas las tareas a realizar para ejecutar las estrategias <sup>20</sup>.
- Metas: Plantea el logro cuantificable a alcanzar<sup>1</sup>.
- Indicadores: Que indica o sirva para indicar; es una herramienta que entrega información cuantitativa y continua, que miden aspectos de resultados claves para la toma de decisiones <sup>21, 22</sup>.
- Cronograma: Especifica el orden temporal de las actividades a ejecutar. Tiene un inicio y un final <sup>23</sup>.
- Recursos humanos: Se describe que personal se va a necesitar en cada actividad <sup>24</sup>.
- Recursos materiales: Se describe toda la logística necesaria en el desarrollo de las actividades <sup>24</sup>.
- Recursos financieros: Es el cálculo económico de cada actividad en función del tiempo en que se desarrolle <sup>2</sup>.
- Responsable: Persona o personas encargadas de coordinar y organizar la ejecución de las actividades <sup>24</sup>.
- Monitoreo: Consiste en observar el desarrollo de un proceso y compararlo con la norma establecida, haciendo uso de una guía de observación, con la finalidad de tomar decisiones para mejorarlo <sup>24</sup>.

- Evaluación: Es un proceso de medición cuantitativa a través de indicadores y cualitativa el avance de las actividades y el cumplimiento de los objetivos.<sup>24</sup>

Todo lo anterior descrito lo definimos y aplicamos en la organización de unas de las unidades en que labora enfermería, la Cartera de Servicios de Salud: Es el catálogo de servicios que homogenizan la oferta de servicios de los equipos de atención primaria. Cada servicio está compuesto de indicadores de cobertura, criterios de inclusión y criterios de calidad de atención (denominado norma técnica)<sup>25</sup>.

También Armijo M<sup>21</sup>, nos refiere que se puede definir la cartera de salud desde dos vertientes:

Primera: asistencial al cliente externo, incluye todas aquellas actividades de enfermería encaminadas a prevenir, curar y rehabilitar los problemas de salud de los pacientes o bien atender la demanda de otras unidades del hospital. Todo lo anterior lo realiza el personal asistencial, llevando también a cabo sesiones de cuidado, guías y normas de actuación.

Segunda: gestión del cliente interno, que es llevada a cabo por la supervisora, realizando la planificación del personal, orientado y facilitando la formación del mismo; también se gestiona la utilización y consumo de materiales para los clientes externos e internos.

Unos de los centros donde se aplican estas carteras es en los Centros de Atención Primaria de Salud III<sup>26</sup>: Corresponde a: - Centro de salud - Centro Médico - Centro Médico Especializado – Policlínico. Sus funciones generales son: a) Brindar atención integral de salud a la persona por etapa de vida, en el contexto de su familia y comunidad. b) Participar en las actividades de educación permanente en salud. Para la mejora del desempeño en servicio. c) Realizar la gestión del establecimiento y participar en la gestión local territorial. Participar en el análisis del proceso de atención en salud para la toma de decisiones eficiente y efectiva. Las actividades que realizan son - Atención de urgencias y emergencias - Referencia y contrareferencia - Desinfección y esterilización - Vigilancia epidemiológica - Salud ocupacional - Registro de Atención e información - Salud ambiental - Salud familiar y comunitaria

- Acciones de salud ambiental en la comunidad - Atención con medicamentos - Atención de parto inminente - Nutrición integral - Prevención y diagnóstico precoz del cáncer - Intervenciones de cirugía de consultorio externo - Radiología dental - Laboratorio dental - Rehabilitación basada en la comunidad.

A continuación describiremos el contenido de la cartera de servicios de salud de complejidad creciente del seguro social de salud (Essalud). Es un documento técnico que define las actividades sanitarias estandarizadas y costo-efectivas en los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud-Es salud, con población adscrita. Su objetivo central es brindar atención integral para contribuir a disminuir la carga de la enfermedad, abordando las prioridades sanitarias<sup>25</sup>.

Los paquetes de atención integral a responsabilidad de enfermería son:

#### Atención Integral de Salud del Niño

- Recién nacido (0 a 28 días)
- Niño de 29 días a 11 meses 29 días
- Niño de 1 a 4 años 11 meses 29 días
- Niño de 5 a 8 años 11 meses 29 días
- Niño de 9 a 11 años 11 meses 29 días

#### Atención Integral de Salud del Adolescente

#### Atención Integral de Salud del Joven

#### Atención Integral de Salud del Adulto

#### Paquete de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor.

#### PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO

| ACTIVIDADES/ Recién Nacido                                  | Frecuencia/ Año | Edad/ Observaciones    |
|---|-----------------|------------------------|
| Atención inmediata del recién nacido normal o con patología | 1               | -                      |
| Grupo Sanguíneo   | 1               | Primeras horas de vida |
| Factor RH   | 1               |                        |
| Examen de Hemoglobina                                       | 1               |                        |
| VDRL/RPR  | 1               |                        |
| Glucosa   | 1               |                        |

|   |   |  |
|---|---|--|
| Gota gruesa   | 1 |  |
| Tamizaje neonatal   | 1 | Según normativa vigente                              |
| Consulta médica integral  | 2 | A los 7 días   |
|   |   | A partir de los 15 días                              |
| Control de Crecimiento y Desarrollo   | 1 | A los 7 días   |
| Taller de estimulación temprana   | 1 | A los 7 días   |
| Educación para la salud   | - | Durante la atención al niño, es parte de la consulta |
| Vacunación de acuerdo a calendario vigente  |   |  |
| Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normativa vigente. |   |  |

**PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 29 DÍAS A 11 MESES 29 DÍAS**

| <b>ACTIVIDADES*</b><br><b>Niño de 29 días a 11 meses 29 días</b>   | <b>Frecuencia/Año</b> | <b>Edad/Observaciones</b>                    |
|--|-----------------------|--|
| Consulta médica integral   |                       | Incluye control CRED al 2° y 6° mes          |
| Evaluación visual (reflejo rojo)   | –                     | 6° mes, es parte de la consulta y /o CRED    |
| Consulta Odontoestomatológica integral   | 1                     | A partir del 6° mes de vida                  |
| Control de Crecimiento y Desarrollo  | 6                     | Al cumplir 1°, 2°, 4°, 6°, 7° y 9° mes       |
| Taller de estimulación temprana  | 5                     | Al cumplir 1°, 2°, 4°, 6° y 9° mes           |
| Examen de Hemoglobina  | 1                     | Al 6° mes                                    |
| Suplementación de Hierro asociado a Vitaminas A y Zinc (multimicronutrientes)  | 3                     | A partir del 6° mes por seis meses continuos |
| Educación para la salud  | –                     | Durante la consulta médica y CRED            |
| Visita domiciliaria (h) (15)   | 3                     | Casos de riesgo                              |
| Vacunación de acuerdo a calendario vigente   |                       |  |
| Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente. |                       |  |

**PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 1 A 4 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS**

| <b>ACTIVIDADES*</b><br><b>Niño de 1 a 4 años 11 meses 29 días</b>  | <b>Frecuencia</b><br><b>/Año</b> | <b>Edad/Observaciones</b>   |
|--|----------------------------------|---|
| Consulta médica integral   |                                  |   |
| Consulta Odontoestomatológica integral   | 2                                |   |
| Control de Crecimiento y Desarrollo  | 4                                | De 1 a 2 años   |
|  | 1                                | De 3 a 4 años   |
| Taller de estimulación temprana  | 4                                | De 1 a 2 años   |
|  | 1                                | De 3 a 4 años   |
| Evaluación visual  | 1                                | A partir de los 3 años, es parte de la consulta médica o CRED       |
| Examen de Hemoglobina  | 1                                | Realizar hasta los 35 meses 01 vez al año                           |
| Parasitológico seriado en heces  | 1                                |   |
| Test de Graham   | 1                                |   |
| Suplementación preventiva con Hierro o multimicronutrientes)   | 1                                | Hasta los 35 meses, 01 vez al año                                   |
| Administración de Vitamina A   | 2                                | A los 6°, 12, 18 y 24 meses, a niños que habitan en zonas de riesgo |
| Educación para la salud  | 1                                | Es parte de la consulta y CRED                                      |
| Visita domiciliaria  | 3                                | Casos de riesgo   |
| Vacunación de acuerdo a calendario vigente   |                                  |   |
| Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente. |                                  |   |

**PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 5 A 8 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS**

| <b>ACTIVIDADES*</b><br><b>Niño de 5 a 8 años 11 meses 29 días</b>                       | <b>Frecuencia</b><br><b>/Año</b> | <b>Edad/Observaciones</b>                               |
|---|----------------------------------|---|
| Consulta médica integral  |                                  |   |
| Consulta Odontoestomatológica integral  | 2                                |   |
| Control de Crecimiento y Desarrollo   | 1                                |   |
| Tamizaje de obesidad  | 1                                | A partir de los 6 años. Es parte de la consulta/control |
| Parasitológico seriado en heces   | 1                                | En zonas de alta prevalencia                            |
| Examen Visual   | 1                                | Es parte de la consulta/control                         |
| Visita domiciliaria   | 3                                | Casos de riesgo   |
| Educación para la salud   | 1                                | Durante la consulta médica y CRED                       |
| Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la |                                  |   |

recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente.

**PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 9 A 11 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS**

| <b>ACTIVIDADES*</b><br><b>Niño de 9 a 11 años 11 meses 29 días</b>   | <b>Frecuencia</b><br><b>/Año</b> | <b>Edad/Observaciones</b>                       |
|--|----------------------------------|---|
| Consulta médica integral   |                                  |   |
| Consulta Odontoestomatológica integral   | 2                                |   |
| Control de Crecimiento y Desarrollo  | 1                                | 01 control al año                               |
| Tamizaje de obesidad   | 1                                | Es parte de la consulta/control                 |
| Examen parasitológico seriado en heces   | 1                                | En zonas de alta prevalencia                    |
| Visita domiciliaria  | 3                                | Casos de riesgo                                 |
| Educación para la salud  | 1                                | A la madre y al niño durante la consulta y CRED |
| Vacunación de acuerdo a calendario vigente   |                                  |   |
| Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente. |                                  |   |

**PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD AL ADOLESCENTE DEL 12 A 17 AÑOS 11 MESE 29 DÍAS**

| <b>ACTIVIDADES*</b><br><b>Adolescente de 12 a 17 años 11 meses 29 días</b> | <b>Frecuencia</b><br><b>/Año</b> | <b>Edad/Observaciones</b>                |
|--|----------------------------------|--|
| Consulta médica integral   |                                  |  |
| Consulta Odontoestomatológica integral                                     | 2                                |  |
| Control de Crecimiento y Desarrollo  | 1                                |  |
| Tamizaje de obesidad   | 1                                | Es parte de la consulta/control          |
| Examen parasitológico seriado en heces (3 muestras)                        | 1                                |  |
| Examen de glucosa  | Cada 2 años                      | Adolescente con factor riesgo            |
| Prueba rápida o ELISA para Tamizaje de VIH                                 | 1                                | Adolescente con riesgo                   |
| Prueba de VDRL o PPR para sífilis (f) (5,6)                                | 1                                |  |
| Tamizaje de Clamidia   | 1                                | Mujer adolescente con vida sexual activa |
| Tamizaje de Salud Mental   | –                                | Es parte de la atención médica o de CRED |

|  |   |  |
|--|---|--|
| Captación de Sintomático Respiratorio  | – | Toda persona con tos y flema por 15 días o más                       |
| Educación para la salud  | 1 | Según la edad. Durante la atención, por el equipo interdisciplinario |
| Visita domiciliaria  | 3 | Casos de riesgo  |
| Vacunación de acuerdo a calendario vigente   |   |  |
| Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente. |   |  |

**PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL JOVEN DE 18 A 29 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS**

| <b>ACTIVIDADES*</b><br><b>Joven de 18 a 29 años 11 meses 29 días</b> | <b>Frecuencia</b><br><b>/Año</b> | <b>Edad/Observaciones</b>  |
|--|----------------------------------|--|
| Consulta médica integral   |                                  |  |
| Consulta Odontoestomatológica integral                               | 2                                |  |
| Planificación Familiar   | 4                                | Es parte de la consulta/atención. Incluye dotación de método         |
| Toma de muestra PAP  | Cada 3 años                      | A mujeres a partir de los 21 años de edad                            |
| Colesterol Total   | Cada 3 años                      | Joven con factores de riesgo   |
| HDL  |                                  |  |
| Glicemia   |                                  |  |
| Creatinina sérica  | 1                                | A personas con DM, HTA   |
| Tasa albúmina / creatinina en orina                                  | 1                                |  |
| RPR / VDRL   |                                  | Joven con factor de riesgo   |
| Prueba rápida o ELISA para tamizaje de VIH                           | 1                                | Joven con factor de riesgo   |
| Medida de Presión Arterial   | Cada 2 años                      | Personas sin Hipertensión Arterial conocida. Es parte de la consulta |
| Tamizaje de obesidad   | 1                                | Es parte de la consulta/control                                      |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Tamizaje de salud mental   | 1 | Joven con factor de riesgo, es parte de la consulta |
| Captación de Sintomático Respiratorio  | – | Toda persona con tos y flema por 15 días o más      |
| Vacunación Antihepatitis B   | 3 | 1°, 2° y 3° dosis                                   |
| Vacunación diftoterano (DT)  | 3 | 1°, 2° y 3° dosis                                   |
| Educación para la salud  | 2 | Es parte de la consulta/atención                    |
| Visita Domiciliaria  | 3 | Casos de riesgo                                     |
| Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente. |   |   |

**PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO DE 30 A 59 AÑOS  
11 MESES 29 DÍAS**

| <b>ACTIVIDADES*</b><br><b>Adulto de 30 a 59 años 11 meses 29 días</b> | <b>Frecuencia /Año</b> | <b>Edad/Observaciones</b>   |
|---|------------------------|---|
| Consulta médica integral  |                        |   |
| Consulta Odontoestomatológica integral                                | 2                      |   |
| Planificación Familiar  | 4                      | Menor de 50 años  |
| Colesterol Total  | Cada 5 años            | Rutinariamente a partir de los 35 años en varones y 45 años en mujeres  |
| HDL   |                        |   |
| Glicemia  | Cada 3 años            | Rutinariamente a partir de los 45 años en personas asintomáticas y adultos con IMC $\geq$ 25 o con factor de riesgo |
| Creatinina sérica   | 1                      | A personas con DM, HTA, y a partir de los 55 años   |
| Tasa albúmina / creatinina en orina                                   | 1                      |   |
| RPR / VDRL  | 1                      | Adultos con factores de riesgo  |
| Prueba rápida o ELISA para tamizaje de VIH                            | 1                      | Adultos con factores de riesgo  |
| Toma de muestra de PAP  | Cada 3 años            |   |
| Mamografía  | Cada 2 años            | A mujeres a partir de los 50 años hasta los 74 años   |
| Thevenon en heces   | 1                      | A partir de los 50 años hasta los 75 años   |
| PSA   | 1                      | A varones a partir de los 50 años con factores de riesgo  |
| Medida de Presión Arterial  | Cada 2                 | Es parte de la consulta   |

|  |      |  |
|--|------|--|
|  | años |  |
| Tamizaje de obesidad   | 1    | Es parte de la consulta / control              |
| Vacunación Antihepatitis B   | 3    | Adultos con factores de riesgo                 |
| Vacunación diftoterano DT  | 3    | En mujeres en edad fértil 15 a 49 años         |
| Captación de Sintomático Respiratorio  | –    | Toda persona con tos y flema por 15 días o más |
| Tamizaje Salud Mental  | 1    | Casos de riesgo, es parte de la consulta       |
| Educación para la salud  | 1    | Es parte de la consulta o atención             |
| Visita domiciliaria  | 3    | Casos de riesgo                                |
| Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente. |      |  |

#### PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL EN EL ADULTO MAYOR

| <b>ACTIVIDADES*<br/>ADULTO MAYOR<br/>(mayores de 60 años)</b> | <b>Frecuencia<br/>/Año</b> | <b>Edad/Observaciones</b>                                   |
|---|----------------------------|---|
| Consulta médica integral                                      |                            |   |
| Consulta Odontoestomatológica integral                        | 2                          |   |
| Examen agudeza visual   | Cada 2 años                | Es parte de la consulta                                     |
| Examen agudeza auditiva                                       |                            |   |
| Antecedente de caídas y polifarmacia                          | 1                          |   |
| Tamizaje de fragilidad  | Cada 2 años                | Adulto mayor de 75 años, es parte de la consulta            |
| Valoración Geriátrica Integral                                |                            | En adulto mayor de 75 años detectado frágil                 |
| Colesterol Total  | Cada 5 años                | Hasta los 75 años   |
| HDL   |                            |   |
| Glicemia  | Cada 3 años                | Si el IMC $\geq$ 25 o factores de riesgo                    |
| Creatinina sérica   | 1                          | Adultos mayores con DBM o HTA                               |
| Tasa albúmina en orina  |                            |   |
| PSA   | 1                          | Hombres hasta los 75 años, solo si tiene factores de riesgo |
| Mamografía  | Cada 2 años                | Mujeres hasta los 74 años                                   |
| Thevenon en heces   | 1                          | A partir de 50 años hasta los 75 años                       |
| Toma de muestra de PAP  | Cada 3 años                | Mujeres hasta los 75 años                                   |
| Medida de Presión Arterial                                    | Cada 2 años                | Sin límite de edad, es parte de la consulta                 |

|  |               |   |
|--|---------------|---|
| Tamizaje de obesidad   | 1             | Es parte de la consulta   |
| Tamizaje Salud Mental  | 1             | Es parte de la consulta   |
| Captación de Sintomático Respiratorio  | –             | Toda persona con tos y flema por 15 días o más                  |
| Densitometría ósea   | Cada 15 años  | Mujeres $\geq 65$ años o mujeres menores con riesgo de fractura |
| Educación para la salud  | –             | Es parte de la consulta   |
| Vacunación diftoteránica(r) DT   | Cada 10 años  | Adulto mayor de 60 años en grupo de riesgo                      |
| Vacunación antigripal  | 1 dosis anual | Adulto mayor de 60 años   |
| Vacunación Antineumocócica   | 1 dosis única | Adulto mayor de 65 años   |
| Visita domiciliaria integral   | 3             | Casos de riesgo   |
| Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente. |               |   |

### 2.2.1. Definición Operacional de términos:

- **Conocimiento de la planificación estratégica:** Es el conjunto de información ordenada y sistematizada que tiene la enfermera sobre la planificación estratégica.
- **Aplicación de la planificación estratégica:** Es la práctica del conocimiento adquirido en planificación estratégica, evidenciado en los documentos de gestión usados en los Centros de Atención Primaria.
- **Cartera de los servicios de salud:** Es el conjunto de actividades de salud descritas en forma ordenada y homogenizadas para los equipos de salud y establecimientos.
- **Centros de atención primaria III:** Son establecimientos de salud de primer nivel de atención, con actividades principalmente de promoción y prevención y también tiene actividades recuperativas y rehabilitación de baja complejidad.

# CAPÍTULO III

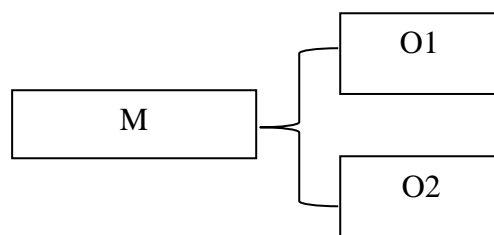
## MARCO METODOLÓGICO

### 3.1. Tipo de investigación

Según Hernández S, Fernández C, Baptista L <sup>27</sup>; el presente estudio es una investigación de tipo cuantitativa, descriptivo, de corte transversal. Porque nos permitió recoger, medir y analizar datos cuantitativos sobre las variables en estudio; fue descriptiva, porque determinó el nivel de conocimiento y aplicación de la PE por las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los centros de atención primaria III-Essalud-Chiclayo-octubre 2017. Y fue de corte transversal, porque permitió conocer el nivel de conocimiento y aplicación de la PE por las enfermeras en mención durante un tiempo y espacio determinado.

### 3.2. Diseño de la investigación

La investigación requirió un diseño descriptivo simple de corte transversal, representado a través del siguiente gráfico <sup>28</sup>:



**Donde:**

- M es: Enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los centros de atención primaria III-Essalud.
- O1 es: Conocimiento de planificación estratégica.
- O2 es: Aplicación de la planificación estratégica.

### 3.3. Población y muestra

#### Población muestral

La población según: Hernández S, Fernández C, Baptista L <sup>27</sup>; es el agregado de casos que coincide con algunas de sus descripciones y suele estar conformada por personas, organizaciones, eventos o situaciones, que lo constituyen como el

foco de investigación. En este estudio, por ser muy pequeña y representativa se trabajó con todas las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria -Essalud-Chiclayo, estando conformada por 10 enfermeras, ya que en el momento del estudio personal permanente de enfermería se encontraban de vacaciones y otras de reemplazo temporal.

Por tanto es una población muestral; definida como la población conformada por el número de unidades que la integran, resulta accesible a su totalidad, no será necesario extraer una muestra.

#### **Criterios de Inclusión:**

- Enfermera(o) nombrado y/o contratado.
- Enfermera(o) permanente en la cartera de los servicios de salud, como mínimo seis meses.
- Enfermera(o) que voluntariamente firmaron el consentimiento informado y aceptaron la participación del estudio.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Enfermera(o) que se encontraban con licencia al momento de aplicar el instrumento.
- Enfermera(o) de apoyo o práctica.

### **3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos**

Recolectar los datos implica tres actividades estrechamente vinculadas entre sí.<sup>27</sup>

- Seleccionar un instrumento de medición de los disponibles en el estudio del comportamiento o desarrollar uno (el instrumento de recolección de los datos). Este instrumento debe ser válido y confiable, de lo contrario no podemos basarnos en sus resultados.
- Aplicar ese instrumento de medición. Es decir, obtener las observaciones y mediciones de las variables que son de interés para nuestro estudio (medir variables).
- Preparar las mediciones obtenidas para que puedan analizarse correctamente

(a esta actividad se le denomina codificación de los datos).

Según Custodio A<sup>29</sup>. Las técnicas de investigación son más que nada la recopilación de datos para verificar los métodos empleados en lo investigado, para llegar a la verdad del suceso estudiado, teniendo una serie de pasos que se llevan a cabo para comprobar la hipótesis planteada.

Se aplicaron dos instrumentos en un solo momento de la investigación, la primera parte lo constituyó el cuestionario para medir el nivel de conocimiento de la planificación estratégica; fue elaborado por la investigadora y validado por juicio de expertos, este cuestionario estaba constituido por dos partes: la primera lo constituyó con datos socio laborales referidos a edad, tiempo de labor en trabajo y la cartera de servicio, participación en la elaboración del plan de actividades anual para dar cumplimiento al plan operativo; y la segunda parte lo conformó 12 preguntas de conocimientos de planificación estratégica. Cada pregunta presentó cuatro alternativas y cada pregunta correcta tuvo un valor de 2 puntos (Anexo 2).

La escala de medición fue:

Nivel de conocimiento alto si el resultado estuvo entre 20 a 24 puntos.

Nivel de conocimiento mediano si el resultado fue de 14 a 18 puntos

Nivel de conocimiento bajo si el resultado fue menor de 12 puntos

El segundo instrumento fue una guía de observación que permitió saber la aplicación o no de la planificación estratégica, esto se realizó inmediatamente tras la ejecución del primer instrumento, y constituyo de cuatro dimensiones: marco filosófico, plan operativo, monitoreo e informes de evaluación

El marco filosófico constituido por la misión y visión se visualizó en el servicio, y en los documentos de gestión que contenían el plan operativo.

Se solicitó en físico el documento del Plan Operativo para verificar los aspectos considerados en la guía de observación.

Para evaluar la tercera dimensión referido al Monitoreo, se solicitó sus indicador de programación en forma física y/o virtual, evidenciándose la cobertura del indicador trazador según cartera de servicio a su responsabilidad.

En la cuarta dimensión se solicitó los informes de Evaluación, trimestrales, semestrales y anuales, que hayan sido elevados al jefe inmediato o superior, así también el cuaderno de actas de reuniones de trabajo para evaluar el logro de metas.

### **3.5. Procesamiento y Análisis de los Datos**

Tras recoger los datos se pasó a la tabulación de los datos en forma manual.

Los resultados se presentaron en cuadros estadísticos de una y doble entrada indicando porcentajes, de acuerdo a las variables de estudio.

### **3.6. Criterios de Cientificidad**

Para la presente investigación se tomaron en cuenta los criterios propuestos por Guba E y Lincoln, citados por Varela M y Vives T <sup>30</sup>; que proporciona la validez de la investigación, asegurando la calidad de la misma.

➤ Credibilidad u objetividad: Implicó la recogida de la información de forma creíble, fiable que fueron demostrados en los resultados del estudio realizado. En todo momento de la investigación se obtuvo resultados reales y verdaderos ya que fueron obtenidos directamente de nuestros sujetos de investigación y de los documentos analizados.

➤ Transferibilidad o aplicabilidad: consistió en la posibilidad de transferir o extender los resultados a otros contextos o grupos. Se trató de ofrecer una descripción clara que permitió al lector manejar la información necesaria y suficiente a fin de establecer comparaciones y transferir o extender dichos resultados a otras poblaciones o pueda transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio.

### **3.7. Principios Éticos**

Entre los principios básicos aceptados generalmente en nuestra tradición cultural, tres son particularmente apropiados a la ética de las investigaciones que incluyen a personas. Para este estudio se consideró los principios del Informe de Belmont; el cual es una referencia esencial para asegurar que los proyectos cumplen con las regulaciones éticas, teniendo en cuenta los principios éticos básicos: Beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia <sup>31</sup>.

- La beneficencia: Mediante este estudio se buscó utilizar la información obtenida por las enfermeras, solo con fines de investigación. En este sentido no se buscó dañar de ninguna forma a las participantes.
- Respeto a la dignidad humana: Se tuvo en cuenta el derecho a la autodeterminación; se les dio a firmar un documento de consentimiento informado; donde dejan constancia que decidieron libremente su participación en la investigación. Se mantuvo la confidencialidad de sus nombres y los datos obtenidos que no son motivo de estudio.
- Justicia: Implica dar un trato equitativo a todas las participantes se les brindó un trato respetuoso y amable durante la investigación.

# CAPÍTULO IV

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. Resultados

Esta investigación se enfocó en la recolección de información para poder observar la real situación de las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud –Chiclayo-Octubre.2017, por ello el análisis que se realizó está basado en las encuestas que se aplicaron a las enfermeras que laboran en los programas de CRED, inmunizaciones, TBC y adulto mayor; teniendo en cuenta la univariable de estudio: Nivel de conocimiento y aplicación de planificación estratégica.

**Tabla N° 1:**

Nivel de conocimiento de la planificación estratégica en las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud-Chiclayo-Octubre. 2017.

| Conocimiento       | N° | %    |
|--------------------|----|------|
| alto (20 - 24)     | 0  | 0    |
| medio (14 - 18)    | 8  | 80%  |
| bajo (menor de 12) | 2  | 20%  |
| <b>Total</b>       | 10 | 100% |

Fuente: Cuestionario para medir los conocimientos de la planificación estratégica por las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud -Chiclayo-Octubre 2017.

En la presente tabla se observa que los conocimientos sobre la planificación estratégica que tiene las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud, son: medio 80% y bajo 20%.

**Tabla N°2**

Aplicación de la planificación estratégica en su dimensión marco filosófico por las enfermeras responsables de la cartera de servicio de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud-Chiclayo-October. 2017.

| <b>Aplicación de la planificación<br/>estratégica: Dimensión marco<br/>filosófico</b> | <b>N°</b> | <b>%</b>    |
|---|-----------|-------------|
| si aplica   | 0         | 0           |
| no aplica   | 10        | 100%        |
| <b>Total</b>  | <b>10</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Cuestionario para medir la aplicación de la planificación estratégica por las enfermeras responsables de la cartera de servicio de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud -Chiclayo-October 2017.

En la presente tabla se observa que la planificación estratégica en su dimensión marco filosófico no es aplicado por el 100% de las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud.

**Tabla N° 3:**

Aplicación de la planificación estratégica en su dimensión plan operativo por las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud-Chiclayo-October. 2017.

| <b>Aplicación de la planificación<br/>estratégica: Dimensión plan operativo</b> | <b>N°</b> | <b>%</b>    |
|---|-----------|-------------|
| si aplica   | 0         | 0           |
| no aplica   | 10        | 100%        |
| <b>Total</b>  | <b>10</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Cuestionario para medir la aplicación de la planificación estratégica por las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud -Chiclayo-October 2017.

En la presente tabla se observa que la planificación estratégica en su dimensión plan operativo no es aplicada por el 100% de las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud.

**Tabla N° 4:**

Aplicación de la planificación estratégica en su dimensión monitoreo por las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud Chiclayo-October. 2017.

| <b>Aplicación de la planificación estratégica:<br/>Dimensión monitoreo</b> | <b>N°</b> | <b>%</b>    |
|--|-----------|-------------|
| si aplica  | 8         | 80%         |
| no aplica  | 2         | 20%         |
| <b>TOTAL</b>   | <b>10</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Cuestionario para medir la aplicación de la planificación estratégica por las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud -Chiclayo-October 2017.

En la presente tabla se observa que el 80% si aplica la dimensión monitoreo de la planificación estratégica por las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud.

**Tabla ° 5:**

Aplicación de la planificación estratégica en su dimensión evaluación por las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud -Chiclayo-October. 2017.

| <b>Aplicación de la planificación<br/>estratégica: Dimensión evaluación</b> | <b>N°</b> | <b>%</b>    |
|---|-----------|-------------|
| si aplica   | 4         | 40%         |
| no aplica   | 6         | 60%         |
| <b>Total</b>  | <b>10</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Cuestionario para medir la aplicación de la planificación estratégica de las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud -Chiclayo-October 2017.

En la presente tabla se observa que el 40% aplica la dimensión evaluación de la planificación estratégica por las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud.

## 4.2. Discusión

La planificación estratégica es una herramienta de gestión de alta importancia para el cumplimiento de metas y para la mejora continua de procesos de atención al usuario o paciente, siempre y cuando seamos participes de su elaboración o caso contrario tener conocimiento de su existencia e involucrarse con compromiso cada trabajador y en equipo de trabajo para la ejecución de la misma y el éxito de esta.

En el estudio los conocimientos de las enfermeras de la planificación estratégica en la red asistencial de es salud se determinó, que el 80% presentan un nivel medio de conocimiento de la planificación estratégica y 20% conocimiento bajo. En este estudio también encontramos que hay un 100% que sabe sobre los componentes de la P.E. y estrategias de la P. E.; sin embargo hay solo un 10% que conoce como se realiza la estructura de un plan de acción.

Un estudio similar realizado por Bolívar de Muñoz, Me-Castillo Torrealba, (Universidad de Carabobo, Venezuela, 2011)<sup>5</sup> concluyeron que existe un alto porcentaje de desconocimiento del equipo de salud sobre las pautas de planificación que impiden el adecuado desempeño de sus funciones.

El desfase que existe entre el conocer y el hacer puede deberse a muchas causas, sin embargo esa inacción conlleva, como manifiesta Mora y Sánchez<sup>2</sup> a que enfermería desempeñe su trabajo en base a la improvisación y la incertidumbre.

En cuanto a la aplicación de la planificación se evidenció que de sus cuatro dimensiones de la planificación estratégica sólo dos son ejecutados por éstas, es decir el 80% sólo realizó el monitoreo de sus acciones, 40 % sólo la evaluación y sólo el 30% hizo también el monitoreo y evaluación en conjunto de las mismas. Es decir que la aplicación de la planificación estratégica se ha implementado en un 38%.

Las otras dos dimensiones que no son aplicados por las enfermeras responsables de la cartera de salud de atención primaria de la red asistencial de Essalud son: la dimensión de la filosofía, el 100% no aplicaron esta dimensión en su área de trabajo y plan operativo no estuvo presente tampoco en su área de trabajo.

En el mismo estudio de Bolívar de Muñoz, Me-Castillo Torrealba, (Universidad de Carabobo, Venezuela, 2011), en sus resultados nos refiere que el 18% afirma que establece metas, el 70% alega que las pautas de la planificación lo establece la institución, el 48% asevera que nunca se identifica con la misión, el 70% refiere que nunca propone objetivos que faciliten los objetivos establecidos.

Balderas<sup>1</sup>, nos comenta que la planificación estratégica de una organización debe ser socializada con todos sus integrantes, con la finalidad de conseguir una actitud participativa en el proceso y éxito de la implementación de la planificación estratégica y trabajar en equipo para los logros individuales y colectivos.

El estudio realizado por Patricio Madalleiva Viera-Muglio (universidad de Campina Brazil 2006)<sup>7</sup> concluyó que para implementar la sistematización de la atención de enfermería, es un proceso complejo y laborioso, pero que debe contribuir a la mejora de la calidad de atención.

Mora y Sánchez<sup>2</sup> nos comentan de la necesidad de implementar un modelo de guía operativa que la organización enfermera (así lo llaman) conozca donde desarrollar, con liderazgo las actividades de sus procesos. Y Armijo <sup>21</sup>, nos habla de diseñar los planes de acción que se asemejan a los elaborados en nuestro contexto, aquí nos manifiesta que estos son de carácter operativo y se desarrolla a nivel de una área o centro responsable de generar un producto final.

En relación a que sólo en un 38% la planificación estratégica fue implementada por un 30% de la enfermeras, es decir que hicieron el monitoreo y también la evaluación en su área de trabajo y no se evidencio la misión ni visión en sus áreas de trabajo.

- Aquí también el estudio realizado por Madalleiva Viera-Muglio (universidad de Campina Brazil 2006)<sup>7</sup> manifiesta en los resultados de su estudio que un factor que influye para la implementación del sistematización de la atención de enfermería es que es necesario que cada servicio debe definir su propia filosofía.

Estudio respaldado por la opinión de Mora y Sánchez que nos refleja la necesidad y la importancia que la organización enfermera también debe delimitar la planificación estratégica en el campo profesional.

Si tomamos encuesta la opinión de Mora y Sánchez diríamos que es muy importante que enfermería inicie planteando su propia filosofía de unidad o área de trabajo ligada a la de la institución. Por ser el área de trabajo salud familia y comunidad, basarnos en las teorías de Anne Boykin, Savina y Nola Pender, es decir teniendo como misión la promoción de la salud y nuestra visión lograr el autocuidado a través de los cambios de estilo de vida de nuestros usuarios y como resultado una mejor calidad de vida.

Pues de esta forma estructurada lograremos trabajar en equipo, direccionado el trabajo a un solo objetivo, a conocer mejor nuestro entorno, posicionarnos mejor en él, alcanzar sistematizar nuestras actividades y no solo cumplir metas enviadas de la gerencia.

Este tipo de planificación llevaría a un cambio, a mejorar la entrega de nuestro producto cada día y lo más importante nos evitaría caer en la rutina y mecanización de nuestro desempeño diario y por ende trabajar por inercia. Este comentario me baso en los resultados de mi estudio, en donde nos revelan que el 50% de las enfermeras están entre 40 - 49 años y tiene más de 10 años trabajando en la institución, también hay un 80 % que tuvieron más de 3 años laborando en la misma cartera de servicios de salud. Y nos manifestaron además que el 60% no ha participado en la elaboración de planes de actividades para dar cumplimiento con el plan operativo y además este último las enfermeras no lo tienen en su área de trabajo y también el 90% de ellas desconocen la estructura del plan en mención, como se observa en el estudio, pues no lo consideran una herramienta de gestión necesario para la guía de su trabajo, Observándose en enfermería una actitud inactiva y en los mejores de los casos una actitud reactiva frente a la problemática de su entorno. Como manifiesta Banderas que toda visión parte de una actitud de cambio y creo yo, que ya es hora que enfermería cambie y asuma una actitud proactiva e interactiva y recupere campos que antes eran de enfermería y explorar otros que nos permitirán posicionarnos mejor, como es en el sector político.

# CAPÍTULO V

### **5.1. CONCLUSIONES:**

- Las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud de la red de Lambayeque –Essalud, obtuvieron un nivel medio (80%) en conocimiento de la planificación estratégica y la aplicación de la misma fue parcial.
- Con respecto a la aplicación de la planificación estratégica el 100% de las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud de la red de Lambayeque-Essalud no aplican el marco filosófico y el plan operativo; el 80% aplican el monitoreo y el 40% aplican la evaluación de la planificación estratégica.

## **5.2. RECOMENDACIONES:**

- A los directivos de la res asistencial Lambayeque-Essalud que incorporen capacitación continua a las enfermeras responsable de la cartera de servicios de la red de Lambayeque en planificación estratégica como herramienta de gestión que conlleven a lograr los objetivos institucionales.
- A las enfermeras responsable de la cartera de servicios de la red de Lambayeque-Essalud que la gestión es una de las funciones de enfermería por lo que deben capacitarse en estos aspectos que con lleven a gestionar los cuidados enfermeros con eficiencia y eficacia.
- A las coordinadoras y jefas de enfermería realizar investigación sobre las herramientas de gestión que la enfermera utiliza como es la planificación estratégica, en los diferentes niveles de atención.
- Recomendar a los supervisores de atención primaria la exigencia de documentos técnicos en cada una de las áreas de enfermería, como es el plan operativo y con su respectiva evaluación de avance.
- Que la enfermera participe en el proceso de elaboración del plan operativo institucional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balderas M. Administración de los servicios de enfermería. 7ma edición. México: McGraw Hill; 2015.
2. Mora J, Sánchez M. Plan estratégico de empresa. Diseño de líneas estratégicas de enfermería en unidades clínicas. En: Mora J. Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos: aplicación en las organizaciones de enfermería. España: Díaz de santos; 2003. 536 p.
3. Malvárez S. Recursos humanos de enfermería: desafíos para la próxima década. Jul-Dic 2006. [Consultado el 07 de enero del 2017]. Disponible en: <http://65.182.2.244/RFCM/pdf/2006/pdf/RFCMVol3-2-2006-3.pdf>
4. Nájera RM. La enfermería en América Latina situación actual, áreas críticas y lineamientos para un plan de desarrollo. Aladefee.org. [Consultado el 07 de enero del 2017]. Disponible en: [http://www.aladefe.org/articulos/la\\_enfermeria\\_en\\_america\\_latina.pdf](http://www.aladefe.org/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.pdf)
5. Leal de Valor D, Bolívar de Muñoz M, Castillo C. la Planificación Estratégica como proceso de integración de un equipo de salud. Rev. Enferm. glob. 10(24). Murcia, Venezuela; 2011. [Consultado el 07 de enero del 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articuloBasic.oa?id=365834774015>
6. Romero de Julián F, Sánchez de Bustos A, Tirado F, Rivero P. Planificación estratégica de enfermería en Extremadura: aproximación conceptual. Revista de Estudios Económicos y Empresariales. España 2011. [Consultado el 07 de enero del 2017]. Disponible en [http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/1590/0212-7237\\_23\\_197.pdf?sequence=1](http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/1590/0212-7237_23_197.pdf?sequence=1)
7. Vieira P, Muglia I. Sistematización de la Atención de Enfermería (SAE): Elementos para la Implementación. Revista Brasileña de Enfermería. 59(5). Brasilia, setiembre-octubre. 2006. [Consultado el 12 de enero del 2017]. Disponible en [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000500015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500015)
8. Soto P. Teoría de enfermería como cuidado: Nursing as caring a model for transforming practice. Jun 2014. [Consultado el 10 de enero del 2017]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/pasot4/teoria-nursing-as-caring-anne-boykin-y-savina-schoenhofer-prof-paula-soto-parada>
9. Raile A, Marriner T. Modelos y teorías en enfermería. 8va edición. España: Elsevier; 2015.
10. Martínez JR. Manual práctico: enfermería comunitaria. España: Elsevier; 2014.

11. Monge P. La planificación estratégica en los hospitales de EEUU. Universidad de Huelva. Boletín económico de ICE N° 2742. Oct 2002. [Consultado el 10 de enero del 2017]. Disponible en: [http://www.revistasice.com/CachePDF/BICE\\_2742\\_37-43\\_4F03C4CE5D57A137799A2D4820FCE2D9.pdf](http://www.revistasice.com/CachePDF/BICE_2742_37-43_4F03C4CE5D57A137799A2D4820FCE2D9.pdf)
12. Reverol J, Faria J, Parra A. Esperanza activa en la planificación estratégica para la administración de la salud pública. En: Romero F. Planificación estratégica para el desarrollo profesional de enfermería. (Tesis doctoral en internet). España: Universidad de Extremadura. 312 p. Disponible en: [http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/2279/TDUEX\\_2014\\_Romero\\_de\\_Julian.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/2279/TDUEX_2014_Romero_de_Julian.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
13. Romero F. Planificación estratégica para el desarrollo profesional de enfermería. (Tesis doctoral en internet). España: Universidad de Extremadura. [Consultado el 12 de enero del 2017]. 312 p. Disponible en: [http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/2279/TDUEX\\_2014\\_Romero\\_de\\_Julian.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/2279/TDUEX_2014_Romero_de_Julian.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
14. Bakken S, Stone P, Larson E. Nursing informatics research agenda dor 2008-18: Contestual influences and key components. Romero F. Planificación estratégica para el desarrollo profesional de enfermería. (Tesis doctoral en internet). España: Universidad de Extremadura. [Consultado el 12 de enero del 2017]. 312 p. Disponible en: [http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/2279/TDUEX\\_2014\\_Romero\\_de\\_Julian.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/2279/TDUEX_2014_Romero_de_Julian.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
15. Vega L. El camino hacia la planificación estratégica. LEGALTODAY; 2009. [Consultado el 12 de enero del 2017]. Disponible en: <http://www.legaltoday.com/gestion-del-despacho/fichas-de-conocimiento/el-camino-hacia-la-planificacion-estrategica>
16. Mori M. Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. Revista Scielo. Agos 2008. Nro. 14 (81-90). [Consultado el 20 de enero del 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a10v14n14.pdf>
17. Manfredi M. El desarrollo de enfermería en américa latina: una mirada estratégica. Rev. Lat. Enfermagem. 1993. [Consultado el 12 de enero del 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v1n1/v1n1a04.pdf>
18. Monje C. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: guía didáctica. 2011. [Consultado el 14 de enero del 2017]. Disponible <https://goo.gl/yMCNOx>
19. Roque J, Barbiani R, Campos E. La Planificación Estratégica como exigencia ética para el equipo y la gestión local de la Atención Básica en Salud. Scielo. Abr-Jun 2015; 19(53) [Consultado el 21 de febrero del 2017]. Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015005040331&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015005040331&lang=pt)

20. Costa I. Planificación y acciones estratégicas en salud: Contribuciones de la enfermería al fortalecimiento de la salud global. Scielo. May-Jun 2009; 17 (3) [Consultado el 19 de enero del 2017]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/es\\_01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/es_01.pdf)
21. Armijo M. Planificación estratégica e indicadores de Desempeño en el sector Público. Santiago de Chile: Jun 2011. [Consultado el 07 de enero del 2017]. Disponible en: [https://www.cepal.org/ilpes/publicaciones/xml/8/44008/SM\\_69\\_MA.pdf](https://www.cepal.org/ilpes/publicaciones/xml/8/44008/SM_69_MA.pdf)
22. Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Scielo. Ene-mar 2004 [Consultado el 23 de enero del 2017]; 30(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004)
23. Barra A. Alineamiento estratégico sectorial: caso de estudio aplicado a una Universidad Chilena. Scielo. 2015; 8(3). [Consultado el 12 de enero del 2017]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-50062015000300002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-50062015000300002)
24. Tudela P, Maldonado A. Capacidad de aplicar conocimiento a la práctica. Dic 2005 [Consultado el 05 de enero del 2017]. Disponible en: <http://www.um.es/docencia/agustinr/ie/competencias/46tico.htm>
25. Carteras de servicios de salud de complejidad creciente del seguro social de salud (Essalud). N° 109. Lima: Essalud; 2013.
26. Norma técnica de salud: Categorías de establecimientos del sector salud. [Consultado el 07 de enero del 2017]. Disponible en: [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceutica/Categorizacion-UPSS\\_Farmacia.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceutica/Categorizacion-UPSS_Farmacia.pdf)
27. Hernández S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 6ta edición. México: McGraw Hill, 2014; 634 pág.
28. Vélez A, Vega C, Rodríguez N. Estudios descriptivos: transversales y longitudinales. Oct 2010 [Consultado el 11 de enero del 2017]. Disponible en: [http://es.slideshare.net/adrianita1214/estudios-transversales-y-longitudinales?next\\_slideshow=1](http://es.slideshare.net/adrianita1214/estudios-transversales-y-longitudinales?next_slideshow=1)
29. Custodio A. Métodos y técnicas de la investigación científica. GestioPolis, 2008. [Consultado el 12 de diciembre del 2017]. Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/metodos-y-tecnicas-de-investigacion-cientifica/>
30. Guba E, Lincoln Y. Criterios de rigor científico. En: Varela M, Vives T. Autenticidad y calidad en la investigación educativa cualitativa: multivocalidad. Inv. Ed Méd [internet] 02 Jun 2016 [consultado 2017 Oct 20]; 5(19): 191-198. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.04.006>

31. Arias S, Peñaranda F. La investigación éticamente reflexionada. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 33(3). [Consultado el 12 de enero del 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a15>

# **ANEXOS**

## **ANEXOS**

### **ANEXO N° 01**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

TITULO: Conocimiento y aplicación de la planificación estratégica por la enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III. Essalud-Chiclayo -2017.



Yo,.....

Peruano con D.N.I N° .....certifico que:

He leído (o que se me ha leído) el documento sobre Consentimiento Informado que contiene información sobre el propósito y beneficio del estudio, su interpretación, sus limitaciones y su riesgo, y que entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones y beneficios.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo rendir mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Al participar estoy de acuerdo a responder una encuesta en mi lugar de trabajo.

- Yo entiendo que esto no implica riesgos para mi salud, ni para mi familia y puedo negarme a contestar algunas preguntas.
- Puedo hacer las preguntas que quiero acerca del estudio.
- Estando consciente y aceptando participar en el presente estudio firmo el consentimiento informado

\_\_\_\_\_  
FIRMA

**ANEXO N° 02**

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**SECCIÓN DE POST GRADO**



## SEGUNDA ESPECIALIDAD

### ENFERMERÍA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

**INSTRUCCIONES:** El presente cuestionario es anónimo y será utilizado sólo para fines de investigación científica. Se le ruega sea sincero (a) en sus respuestas. Gracias.

#### DATOS GENERALES

Nº de encuesta.....

Fecha...../...../.....

#### DATOS INFORMATIVOS:

Llene los espacios en blanco y marque con una X la alternativa que le corresponda:

- Edad:.....
- Tiempo de trabajo en la institución:.....
- Tiempo de trabajo en la cartera de servicio de salud:.....
  
- Ud. ha participado en la elaboración del plan de actividades anual para dar cumplimiento al plan operativo:  

Sí (   )No (   )

**Marque con una X la alternativa que le corresponda**

#### DESARROLLO DE LAS PREGUNTAS

1. **¿CUÁLES SON LOS COMPONENTES DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA?**
  - a. Misión, visión, objetivos, FODA y planes de acción (   )
  - b. Misión, objetivos, FODA, estrategias, y planes de acción (   )
  - c. Misión, visión, FODA, objetivos, estrategias y planes de acción (   )
  - d. Visión, objetivos, FODA, estrategias, y planes de acción(   )

**2. SEÑALE ¿QUE ES LA MISIÓN?**

- a. Razón de ser de la organización( )
- b. Valores y principio de una organización ( )
- c. Análisis interno de la organización( )
- d. Instrumento de análisis organizacional ( )

**3. SEÑALE ¿QUE ES LA VISIÓN?**

- a. Sentido de la existencia de la organización ( )
- b. Indica hacia donde se dirige la organización( )
- c. Resultado específico que se quiere alcanzar ( )
- d. Es el plan de acción ( )

**4. SEÑALE ¿QUE ES EL FODA?**

- a. Análisis externo de la organización ( )
- b. Análisis interno de la organización( )
- c. Análisis interno y externo de la organización( )
- d. Son las fortalezas y debilidades de la organización( )

**5. SEÑALE ¿QUE SON LOS OBJETIVOS?**

- a. Resultado específicos que desea alcanzar la organización. ( )
- b. Compromete públicamente las aspiraciones institucionales( )
- c. Razón de ser de la organización( )
- d. Directrices que ayudan elegir las acciones. ( )

**6. SEÑALE ¿QUE SON LAS ESTRATEGIAS?**

- a. Indica hacia donde se dirige la organización. ( )
- b. Directrices que ayudan elegir las acciones. ( )
- c. Análisis externo de la organización. ( )
- d. Razón de ser de la organización. ( )

**7. SEÑALE ¿QUE SON LOS PLANES DE ACCIÓN?**

- a. Son planes de carácter operativo. ( )
- b. Directrices que ayudan elegir las acciones. ( )
- c. Análisis interno de la organización. ( )
- d. Es el FODA de la organización. ( )

**8. LA ESTRUCTURA DE UN PLAN DE ACCIÓN COMPRENDE:**

- a. Misión, objetivos, estrategia, actividades, meta, indicador, plazos, recursos y responsable. ( )
- b. Misión, estrategias, actividades, meta, indicadores, plazos, recursos y responsable. ( )
- c. objetivos, estrategia, actividades, meta, indicador, plazos, responsable y recursos. ( )
- d. Misión, objetivos, estrategia, actividades, meta, plazos, recursos y responsable. ( )

**9. ¿A QUÉ TIEMPO SE PROYECTA LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA?**

- a. A corto plazo (un año o menor de un año) ( )
- b. A largo plazo (mayor a 10<sup>a</sup>). ( )
- c. A mediano (3 a 5<sup>a</sup>) ( )
- d. A mediano (3 a 5<sup>a</sup>) y largo plazo (5 a 10<sup>a</sup>) ( )

**10. SEÑALE ¿CÚAL ES EL PROCESO DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA?**

- a. Análisis de la situación actual (FODA)- misión-visión-objetivos-estrategias-planes de acción. ( )
- b. Misión-visión-análisis de la situación actual (FODA) -objetivos-estrategias y planes de acción. ( )
- c. Análisis de la situación actual (FODA)-visión-Objetivos-estrategia y planes de acción. ( )
- d. Estrategias, planes de acción, misión, visión, análisis de la situación actual (FODA) y objetivos. ( )



**11. ¿A QUÉ NIVEL DE LA ORGANIZACIÓN SE REALIZA LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA?**

- a. A nivel ejecutivo ( )
- b. A nivel directivo ( )
- c. A nivel operativo ( )
- d. A nivel ejecutivo y directivo ( )

**12. ¿QUIÉNES PARTICIPAN EN LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA?**

- a. Los directores y su equipo de gestión. ( )
- b. Los directores, equipo de gestión y atención primaria. ( )
- c. Enfermera responsable de la cartera de servicio de salud y equipo de atención primaria. ( )
- d. El director, equipo de gestión, equipo de atención primaria y enfermera responsable de la cartera de atención de salud. ( )

**ANEXO N° 03**

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**SECCIÓN DE POST GRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**ENFERMERÍA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**GUÍA DE OBSERVACIÓN DE APLICACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN  
ESTRATÉGICA**



| Nº | ITEMS   | SI<br>APLICA | NO<br>APLICA |
|----|---|--------------|--------------|
|    | <b>MARCO FILOSÓFICO</b>   |              |              |
| 01 | Visualización de la misión  |              |              |
| 02 | Visualización de la visión  |              |              |
|    | <b>PLAN OPERATIVO</b>   |              |              |
| 03 | En el plan operativo se evidencia objetivos   |              |              |
| 04 | En el plan operativo se evidencia estrategias   |              |              |
| 05 | En el plan operativo se evidencia plan de actividades   |              |              |
| 06 | En el plan operativo se evidencia metas   |              |              |
| 07 | En el plan operativo se evidencia indicadores   |              |              |
| 08 | En el plan operativo se evidencia cronograma de actividades   |              |              |
| 09 | En el plan operativo se evidencia recursos humanos  |              |              |
| 10 | En el plan operativo se evidencia recursos materiales   |              |              |
| 11 | En el plan operativo se evidencia recursos financieros  |              |              |
| 12 | En el plan operativo se evidencia responsable   |              |              |
|    | <b>MONITOREO :</b>  |              |              |
| 13 | Se evidencia indicador de programación visible y actuales   |              |              |
| 14 | El paquete de atención integral del niño menor de 1ª. evidencia el indicador trazador:<br>a. Cobertura de 3º pentavalente en el menor de un año.<br>b. Cobertura de niño menor de un año con 6º control a los nueve meses.<br>c. Cobertura de niño menor de un año protegido. |              |              |
| 15 | En el paquete de atención integral del niño de 1 a menor de 5ª se evidencia el indicador trazador:<br>a. Cobertura de atendidos en el niño de 1 a menor de 5ª.  |              |              |
| 16 | En el paquete de atención integral del niño de 5ª. a menor de 12ª. Se evidencia el indicador trazador:<br>a. Cobertura de atendidos en el niño de 5 a menor de 12ª.   |              |              |
| 17 | En el paquete de atención integral del adolescente se   |              |              |

|           |   |  |  |
|-----------|---|--|--|
|           | evidencia el indicador trazador:<br>a. Cobertura de atendidos del adolescente.  |  |  |
| <b>18</b> | <b>En el paquete de atención integral del adulto y adulto mayor se evidencia el indicador trazador:</b><br>a. Cobertura de n° de pacientes con diagnóstico de síndrome metabólico controlado<br>b. Cobertura de nefroprotección a pacientes con ERC.<br>c. Cobertura de n° de pacientes con EPOC controlados.<br>d. Cobertura de n° de pacientes con asma controlados,<br>e. Cobertura de n° de pacientes con OA controlados.<br>f. Cobertura de pacientes con DM controlado<br>g. Cobertura de pacientes con HTA controlados |  |  |
| <b>19</b> | <b>En el programa de TBC se evidencia el indicador trazador:</b><br>Cobertura de captación de sintomático respiratorio.   |  |  |
|           | <b>EVALUACIÓN:</b>  |  |  |
| <b>20</b> | Presentación del Informe de análisis de indicadores por trimestre del servicio a jefes inmediato y/o superiores.  |  |  |
| <b>21</b> | Acta de reunión de análisis de indicadores en el servicio   |  |  |

#### ANEXO N° 04

### RESULTADOS

Edades de las enfermeras responsables de la cartera de servicio de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud -Chiclayo-Octubre. 2017.

| Edades de las enfermeras | N°        | %           |
|--------------------------|-----------|-------------|
| 30 – 39                  | 2         | 20%         |
| 40 – 49                  | 5         | 50%         |
| 50 – 59                  | 3         | 30%         |
| <b>Total</b>             | <b>10</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Cuestionario para medir las edades de las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud -Chiclayo-Octubre 2017.

En la presente tabla se observa que las edades de las enfermeras responsables de la cartera de servicio de salud, son en un 80% mayor de 40<sup>a</sup>.

Tiempo de trabajo en la institución de las de las enfermeras responsables de la cartera de servicio de salud en los Centros de Atención Primaria-Chiclayo-Octubre. 2017.

| <b>Tiempo de trabajo en la institución</b> | <b>N°</b> | <b>%</b>    |
|--|-----------|-------------|
| 0 – 10                                     | 4         | 40%         |
| 11 – 20                                    | 5         | 50%         |
| 21 – 30                                    | 0         | 0%          |
| 31 – 40                                    | 1         | 10%         |
| <b>Total</b>                               | <b>10</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Cuestionario para medir el tiempo de trabajo en la institución de las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud -Chiclayo-Octubre 2017.

En la presente tabla se observa que el tiempo de trabajo en la institución de las enfermeras responsables de la cartera del servicio de salud es que el 50% tenía más de 11<sup>a</sup> laborando en la institución, el 40 % tuvo menos de 10<sup>a</sup>. Y el 10% más de 30<sup>a</sup>.

Tiempo de trabajo en la cartera de servicio de salud de las enfermeras responsables de la cartera de servicio de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud -Chiclayo-Octubre. 2017.

| <b>Tiempo de trabajo en la cartera de servicios de salud</b> | <b>N°</b> | <b>%</b>    |
|--|-----------|-------------|
| 0 – 5  | 4         | 40%         |
| 6 – 10   | 4         | 40%         |
| 1 – 15   | 2         | 20%         |
| <b>Total</b>   | <b>10</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Cuestionario para medir el tiempo de trabajo de las enfermeras responsables en la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud -Chiclayo-Octubre 2017.

En la presente tabla se observa que el tiempo de trabajo de las enfermeras responsables en la cartera de servicio de salud es que el 40 % tiene menos de cinco años y el otro 40% también tiene entre 6 a 10 a. y un 20% más de 11a.

Porcentaje de enfermeras que respondieron acertadamente las preguntas sobre conocimiento de la planificación estratégica por las enfermeras responsables de la cartera de servicio de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud-Chiclayo-Octubre. 2017.

| N° de pregunta | N° de enfermeras | % |
|----------------|------------------|---|
|----------------|------------------|---|

|  |    |      |
|--|----|------|
| 1. Componentes de la planificación estratégica               | 10 | 100% |
| 2. Misión  | 8  | 80%  |
| 3. Visión  | 8  | 80%  |
| 4. FODA  | 4  | 40%  |
| 5. Objetivos   | 6  | 60%  |
| 6. Estrategias   | 10 | 100% |
| 7. Planes de acción  | 5  | 50%  |
| 8. Estructura de un plan de acción                           | 1  | 50%  |
| 9. Tiempo de la planificación estratégica                    | 1  | 10%  |
| 10. Proceso de la planificación estratégica                  | 5  | 50%  |
| 11. Nivel de la organización de la planificación estratégica | 1  | 10%  |
| 12. Participantes en la planificación estratégica            | 5  | 50%  |

Fuente: Cuestionario para medir los conocimientos de la planificación estratégica por las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud -Chiclayo-Octubre 2017.

En la presente tabla se observa que la pregunta 1 (Componentes de la planificación estratégica) y 6 (Qué son las estrategias) fueron respondidas por el 100% de las enfermeras y solo un 10% tiene conocimiento sobre la pregunta 9 (estructura de un plan de acción), 10 (A qué nivel se realiza la planificación estratégica) y 12 (A qué tiempo se proyecta la planificación estratégica)

Aplicación de la planificación estratégica en su dimensión monitoreo y evaluación por las enfermeras responsables de la cartera de servicio de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud -Chiclayo-Octubre. 2017.

| <b>Aplicación de la planificación estratégica :<br/>Dimensión monitoreo y evaluación</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b>    |
|--|-----------|-------------|
| si aplica  | 3         | 30%         |
| no aplica  | 7         | 70%         |
| <b>Total</b>   | <b>10</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Cuestionario para medir la aplicación de la planificación estratégica de las enfermeras responsables de la cartera de servicios de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud -Chiclayo-Octubre 2017.

En la presente tabla se observa que sólo el 30% aplica la dimensión monitoreo y evaluación a la vez de la planificación estratégica por las enfermeras responsables de la cartera de servicio de salud.

Participación en la elaboración del plan de actividades anual por las enfermeras responsables de la cartera de servicio de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud -Chiclayo-Octubre. 2017.

| <b>Participación en la elaboración del plan de actividades anual</b> | <b>N°</b> | <b>%</b>    |
|--|-----------|-------------|
| si   | 4         | 40%         |
| no   | 6         | 60%         |
| <b>Total</b>   | <b>10</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Cuestionario para medir la participación en la elaboración del plan de actividades anual por las enfermeras responsables de la cartera de servicio de salud en los Centros de Atención Primaria III Essalud -Chiclayo-Octubre 2017.

En la presente tabla se observa que la participación en la elaboración del plan de actividades anual para dar cumplimiento al plan operativo de su establecimiento de las enfermeras responsables de la cartera de servicio de salud, es que el 40 % participó y el 60 % no participó.