

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POSGRADO



**IMPORTANCIA DE LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO, EN EL PERÍODO 2011**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN GESTIÓN
EMPRESARIAL**

TESISTA: CESAR ANÍBAL ALARCÓN OLIVERA

ASESOR: DR. RAUL TAFUR PORTILLA

HUÁNUCO– PERÚ

2013

DEDICATORIA

A nuestro creados, al Todopoderoso por darme la vida.

A mi familia que siempre está a mi lado y por quienes doy todo.

AGRADECIMIENTO

A mis asesores y jurados por su constante preocupación por culminar exitosamente mi investigación.

A mis amigos (as) y colegas que con sus consejos y orientaciones enriquecieron mi investigación.

RESUMEN

La investigación presentada y titulada “IMPORTANCIA DE LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, EN EL PERÍODO 2013” tuvo como propósito determinar si una apropiada Gestión de Servicios de Salud influye en los Procedimientos Endoscópicos en el Servicio de Gastroenterología en el Instituto Nacional de Salud del Niño, en el período 2013. Esta investigación se centró mucho en analizar la problemática que presenta actualmente esta Institución en general y en el Servicio de Gastroenterología específicamente. Referida al manejo de recursos logísticos y financieros; y determinar cómo éstos influyen en los resultados a nivel de gestión y las mejoras que se pueden plantear para solucionar este problema. La articulación de herramientas e instrumentos de gestión de los servicios de salud con las necesidades y las oportunidades que generan los procesos de reforma son parte de una posición analítica y práctica frente a la problemática y avances de nuestro Sistema Nacional de Salud y el modelo de atención del primer nivel de atención.

Palabras claves: Gestión, servicio de salud, procedimiento endoscópico.

ABSTRACT

The research presented and entitled " IMPORTANCE OF HEALTH SERVICES MANAGEMENT IN ENDOSCOPIC PROCEDURES IN GASTROENTEROLOGY SERVICE IN THE NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH IN THE PERIOD 2013 " was to determine if an appropriate Health Service Management influences Surgical Procedures in the Department of Gastroenterology at the National Institute of Child Health , in the 2013 period. This research focused much on analyzing the issues presented by this institution currently Public Health in Gastroenterology and referred specifically to the management of financial and logistical resources, and determine how they influence the management level results and the improvements may pose to solve this problem. The joint management tools and instruments of health services with the needs and the opportunities created by reform processes are part of an analytical and practical position facing the problems and progress of our National Health System and the model of care the primary care level.

Keywords: Management, health service, surgical procedure.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1. Fundamentación del problema de investigación	10
1.2. Justificación	11
1.3. Importancia o propósito.....	11
1.4. Limitaciones	11
1.5. Formulación del problema de investigación	12
1.5.1. Problema general	12
1.5.2. Problemas específicos	12
1.6. Formulación de los objetivos.....	12
1.6.1. Objetivo General	12
1.6.2. Objetivos específicos	12
1.7. Formulación de la hipótesis	13
1.8. Variables.....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. Antecedentes	14
2.2. Bases teóricas	15
2.3. Bases conceptuales	58
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	60
3.1. Ámbito	60

3.2. Población.....	60
3.3. Muestra.....	60
3.4. Nivel y tipo de estudio.....	61
3.5. Diseño de investigación.....	62
3.6. Técnicas e instrumentos.....	62
3.7. Validación y confiabilidad del instrumento.....	63
3.8. Procedimiento.....	63
3.9. Tabulación.....	64
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	65
4.1. Análisis descriptivo.....	65
4.2. Análisis inferencial y contrastación de hipótesis.....	87
4.3. Discusión de resultados.....	91
4.4. Aporte de la investigación.....	93
CONCLUSIONES.....	95
RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS.....	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
ANEXOS.....	99
Anexo 01: Matriz de consistencia.....	99
Anexo 02: Consentimiento informado.....	101
Anexo 03: Instrumento.....	102
Anexo 04: Validación del instrumento por jueces.....	107
NOTA BIOGRÁFICA	

INTRODUCCIÓN

La investigación desarrollada “IMPORTANCIA DE LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, EN EL PERÍODO 2013” se llevó a cabo en base a una necesidad y urgencia de mejorar el manejo y administración de los procesos endoscópicos en el SGINSN, una importante institución a nivel nacional y en la atención de la población pediátrica.

La investigación realizada y desarrollada ha seguido todas las indicaciones establecidas en el Reglamento de Nuestra Casa Superior de Estudios, y está compuesta de la siguiente manera:

Capítulo I: **El problema de investigación**, desarrolla y explica la descripción del problema y su formulación, se señalan sus objetivos e Hipótesis, así como la justificación importancia, viabilidad y limitaciones propias de la investigación.

Capítulo II: **Marco Teórico**, se registran los antecedentes de la investigación, así como desarrollo completo de las bases teóricas y variables de investigación con los aportes de investigadores referentes al tema.

Capítulo III se desarrolla el **Marco Metodológico** que contiene el Tipo de investigación, diseño y esquema de la investigación, se indica y desarrolla la población y muestra, se señalan los instrumentos de recolección de datos; así como las técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.

Capítulo IV: **Resultados**; se presentan en forma estadística, tabulada y gráfica los resultados de la investigación y también se desarrolla el contraste de las hipótesis secundarias y las hipótesis en general y se incluyen los aportes científicos de la investigación.

Capítulo V: **Discusión de resultados**, se presenta los resultados del trabajo de campo con los referentes bibliográficos de las bases teóricas.

Finalmente se presentan las conclusiones, sugerencias, bibliografía y anexos respectivos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema de investigación

En el Instituto Nacional de Salud del Niño – INSN, como en toda entidad de salud pública en nuestro país existen deficiencias para brindar un eficiente servicio al usuario, por la falta de asignación de partidas de dinero al INSN para atender la creciente demanda de a nivel nacional, lo que ha rebasado largamente su capacidad; a pesar de ello los médicos y personal administrativo tratan de brindar servicio según sus posibilidades y de acuerdo a lo que disponen a nivel estructural y logístico; todo ello implica la existencia de problemas.

Nuestra investigación se centra en la gestión de los servicios de salud, para los procedimientos endoscópicos que se realizan en el Servicio de Gastroenterología del INSN (SGINSN).

En el SGINSN se realizan diversos procedimientos como: Endoscopia alta y baja, escleroterapia, polipectomías, colocación de gastrostomía con endoscopio, biopsia hepática, entre otros; deben ser realizados puntualmente, pero no cuenta con los recursos necesarios para poder realizar estas intervenciones debido al alto costo de los materiales e insumos utilizados, los pacientes o usuarios deben costear algunos de estos insumos y esto ocasiona retrasos, descoordinaciones.

Se observa además que existiendo fondos (recursos financieros y logísticos) suficientes en algunas áreas, éstos no se utilizan eficientemente, esta situación se ve reflejada en el bajo porcentaje de uso del presupuesto

asignado cuando se cierra un ejercicio o al final del año; debido a la ineficiencia en el área administrativa y de logística específicamente para poder utilizar los recursos de que dispone la institución.

1.2. Justificación

La importancia de la investigación radica en analizar la gestión de los servicios de salud en el INSN y específicamente en el SGINSN, conociendo la realidad de un servicio importante y proponiendo algunas alternativas de solución a nivel de gestión institucional.

1.3. Importancia o propósito

Se dispuso del tiempo necesario para la ejecución del proyecto y estuvo el apoyo logístico para aplicar el instrumento necesario.

1.4. Limitaciones

Dificultades de tiempo para la aplicación de instrumentos por la carga laboral y el hecho de que se apliquen durante horarios de trabajo, pero fueron coordinados previamente con los jefes de cada área.

Para ello se realizaron las coordinaciones necesarias con los jefes las áreas y con el personal, a quién se le aplicaron los instrumentos a fin de no interrumpir el normal desarrollo de sus actividades.

Asimismo en cuanto al aspecto de información bibliográfica recurrimos a las bibliotecas especializadas y páginas electrónicas de reconocida trayectoria a fin de garantizar que la información que se maneje y procese tenga la confiabilidad del caso.

1.5. Formulación del problema de investigación

1.5.1. Problema general

- ✚ ¿De qué manera la Gestión de Servicios de Salud influye en la realización de Procedimientos Endoscópicos en el SGINSN, en el período 2013?

1.5.2. Problemas específicos

- ✚ ¿De qué manera un apropiado manejo de los recursos logísticos influye en el incremento de atención en los procedimientos de endoscopia alta y baja en el SGINSN, en dicho período?
- ✚ ¿En qué medida la asignación oportuna de recursos financieros influye en una mayor atención de procedimientos de colocación de gastrostomía con endoscopio en el SGINSN?

1.6. Formulación de los objetivos

1.6.1. Objetivo General

- ✚ Determinar si una apropiada Gestión de Servicios de Salud influye en los Procedimientos Endoscópicos en el SGINSN, en el período 2013.

1.6.2. Objetivos específicos

- ✚ Establecer si con un eficiente manejo de los recursos logísticos se incrementaría la atención en los procedimientos de endoscopia alta y baja en el SGINSN, en el período 2013.
- ✚ Una asignación oportuna de recursos financieros influye en mayor atención de procedimientos de colocación de gastrostomía con endoscopio en el SGINSN.

1.7. Formulación de la hipótesis

- ✚ **Hi:** Una adecuada Gestión de Servicios de Salud influye en la realización de Procedimientos Endoscópicos en el SGINSN, en el período 2013 positiva.

Hipótesis específicas

- ✚ El eficiente manejo de los recursos logísticos favorece la atención en los procedimientos de endoscopia en el SGINSN.
- ✚ La asignación oportuna de recursos financieros influye en una mayor atención de procedimientos de colocación de gastrostomía con endoscopio en el SGINSN.

1.8. Variables

Variable Independiente: Gestión de Servicios de Salud

Variable Dependiente: Procedimientos Endoscópicos

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Respecto a la investigación desarrollada existen diversos antecedentes:

- Astudillo (2012), en su tesis “Fortalecimiento de la calidad de atención del servicio de endoscopia digestiva del hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS Loja período comprendido enero-julio 2011”, refiere que su principal objetivo fue fortalecer la calidad de atención a los usuarios externos de la institución, mediante la aplicación de herramientas de gestión que permitan de esta forma optimizar los recursos y tiempo, aumentado de esta manera la cobertura de atención. Los resultados obtenidos en el desarrollo de esta investigación fueron: la capacitación personal de enfermería para el manejo y desinfección de equipos endoscópicos en un 100%, la implementación en un 90% del área física, y la instauración de una normativa y protocolos para los procedimientos endoscópicos.

- Urdaneta (2009), en su tesis “Calidad de atención del Servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas, Caracas”, se realizó una investigación aplicada- evaluativa a fin de valorar la calidad de la atención desde la perspectiva de la satisfacción del usuario, a nivel del Servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas de Caracas. Se planteó conocer el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención prestada por este Servicio son cuanto a accesibilidad, tiempos de

espera, horarios, estructura, procedimientos realizados y resultado obtenido. Los objetivos planteados, buscaron establecer indicadores de calidad, identificar el nivel de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta del Servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas, a partir de tales indicadores y valorar dicha satisfacción. El indicador de carácter más global, que recogió la percepción de los usuarios sobre la atención general recibida en el Servicio de Gastroenterología, indicó que, en un elevado porcentaje (96.25%) los encuestados se encontraron satisfechos con la misma. Los resultados obtenidos permitieron hacer conclusiones y recomendaciones, con el fin de mantener el mejoramiento continuo de la calidad en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas.

2.2. Bases teóricas

Concepciones sobre la salud

La salud ha sido siempre un motivo de preocupación. La existencia de enfermedad ha llevado a buscar explicaciones y modos de actuar para combatirlas. Las respuestas halladas concuerdan con el pensamiento del momento y de cada cultura; pero hasta hace poco se basaba como el concepto de salud como opuesta a la enfermedad, considerando únicamente estos dos estados como posibles.

Concepto de salud

El concepto de salud difiere de la idea que se ha tenido sobre ella desde épocas ancestrales. Cromwell (2005:31) considera que:

"Desde la idea original que relacionaba el concepto de salud con el de enfermedad, se ha evolucionado hasta un concepto en consonancia con el pensamiento actual, relacionado con la calidad de vida y el estado de bienestar del individuo".

Aunque se han producido importantes variaciones en la concepción de la salud y la enfermedad, los cambios más relevantes han tenido lugar en la segunda mitad del siglo XX. Esta evolución ha significado, sin duda, un nuevo e importante paradigma ideológico en el campo de la salud.

El primer paso lo dio la OMS (1948) cuando en su carta de fundación (1948) definió la salud como un: **"Estado completo de bienestar físico, mental y social, no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad"**. Se estableció que la salud es un derecho inalienable de todo individuo, independiente de su raza, religión, ideología y condición socio-cultural.

Esta definición de salud supuso un importante avance, por las razones siguientes:

- 1) Es un concepto positivo: no está centrado en la idea de enfermedad, sino en la salud del individuo.
- 2) Es un concepto integral: la aceptación del individuo como ser bio-psico-social.
- 3) Se han criticado diversos aspectos de esta definición:
- 4) Es subjetiva, sentirse bien no es igual a tener salud. Así, el consumo de drogas ó adquirir un bien puede producir bienestar, pero no equivale a salud.

- 5) Es utópica; el completo bienestar es un objetivo difícilmente alcanzable.
- 6) Es estática: considera la salud como un estado, mientras que, en realidad, la salud es un proceso cambiante.

Como consecuencia han surgido definiciones que aportan nuevos aspectos al concepto de salud, de los cuales destacan:

- 1) **Carácter dinámico:** Salud es un proceso en el que pueden darse diversos grados ó niveles, desde el óptimo (nivel más elevado posible de bienestar físico, psíquico y social) hasta la muerte prematura, es decir, la muerte que hubiera podido evitarse.
- 2) **Carácter objetivo y subjetivo:** El nivel de salud está relacionado con la posibilidad de vivir con el mínimo posible de limitaciones y de dependencia de los demás. Pero también debe considerarse una dimensión subjetiva en relación al bienestar, el bien-ser y el bien-sentir en relación con uno mismo y con el entorno.
- 3) **Enfoque ecológico:** Es el resultado de la interacción y adaptación entre los individuos y el medio ambiente físico y social.
- 4) **Calidad de vida:** La definición de la salud, incluye un conjunto de factores psicológico-afectivos (bienestar o salud mental), físicos (capacidad de funcionamiento), sociales (interrelaciones personales) y cognitivos (autopercepción de la salud y la enfermedad). Las componentes de este concepto determinan a su vez el concepto de salud del que se parte.

En conclusión, en la actualidad se acepta un concepto de salud ecológico, dinámico y positivo, resultante de la interacción y adaptación del hombre a su medio y social. Se contraponen a una concepción unicausal de la enfermedad, lo que nos lleva a una idea de multicausalidad o multifactorialidad del nivel de salud de los individuos. (López, 2003)

Factores condicionantes de la salud

Al examinar los problemas de salud, se observan que están relacionados, sobre todo, con factores que dependen en gran medida de aspectos vinculados con el comportamiento y con el medio ambiente, y en menor medida, de aspectos biológicos. Se ha observado a lo largo de los años, por la coincidencia en los resultados de múltiples estudios epidemiológicos. Algunos de ellos se han convertido en modelos teóricos básicos de la salud pública.

Cabe destacar que en 1974 el estudio permitió a Lalonde (2003:211), construir un modelo ya clásico sobre los factores determinantes de la salud. Según dicho autor, el nivel de salud de una comunidad depende de la interacción de cuatro variables:

A. La biología humana

Cada individuo nace con una genética que condiciona su manera de ser, predisposición a ciertas enfermedades y envejecimiento.

B. El medio ambiente

Toda persona es un ser social que interacciona con el entorno en que se desenvuelve. Las condiciones de este entorno pueden favorecer o entorpecer el nivel de salud del individuo, tanto desde el punto de vista físico, como psíquico o sociocultural.

C. El estilo de vida

Es la manera de vivir, depende de conductas individuales, resulta de la interacción entre éstas y las condiciones de vida.

D. El sistema de asistencia sanitaria

El acceso a la asistencia sanitaria y su calidad influyen en la salud. En ocasiones, produce efectos positivos y iatrogenias (problemas de salud causados por la actividad profesional de un profesional de la salud).

En 1974, se realizó en USA una investigación similar a la de Lalonde (2003), que señala también como factor más importante el estilo de vida y el medio ambiente. Además, en ambos trabajos se comprobó que la distribución de los recursos dedicados al sector de la salud no se correspondía proporcionalmente con las necesidades que se desprendían de los mismos.

En 1976 se realizó un análisis del aumento de población en Inglaterra en el siglo XIX, el 80% de los casos fue por disminución de infecciones. En general por las medidas de salud pública (ambientales, políticas, económicas o sociales). Se concluyó que la mejora de la salud se produjo por la disminución del número de hijos por familia (cambio conductual), por

la mejora de la alimentación y de los factores ambientales y, por último, por la adopción de medidas preventivas y terapéuticas específicas. Se consideran como la base de la nueva salud pública. También Selleras (2001:62), señala la influencia de los factores sociales, refiriéndose a las desigualdades en los niveles de salud, debidas a las diferentes condiciones sociales y culturales entre individuos, grupos y colectividades.

La atención a la salud debe buscar estrategias para lograr un cambio de estilos de vida ó comportamientos no saludables, y mejorar el medio ambiente físico y social en el que la persona y la comunidad se desarrollan y viven. Es hacia ese cambio, al que se dirigen las acciones educativas en pro de la salud. Ambos factores, como señala Lalonde (2003), no son separables, sino que interactúan entre sí y con los demás factores determinantes de la salud.

Educación para la salud.

La educación se justifica, por dos aspectos: La evolución del concepto de salud, y la constatación de que los estilos de vida son los principales condicionantes. Esto a derivado en nuevos planteamientos en cuanto a las bases teóricas y a las formas de actuar; a supuesto un cambio en la manera de concebir la salud y la enfermedad.

La preocupación por la enfermedad y sus causas ha contribuido a desarrollar intervenciones curativas y preventivas; hoy el interés se centra en mejorar la salud de toda la población para mejorar su calidad de vida.

Por ello, surge un concepto nuevo, la Promoción de la salud, que fue definida por la OMS (1986:52) en la Conferencia Internacional de Ottawa (Canadá), en 1986, como: **"El proceso de capacitación de las personas para aumentar el control sobre su propia salud y para mejorarla"**.

Para ello, se propusieron las cinco áreas de acción siguientes:

A. Establecer políticas saludables

Es decir, el conjunto de acciones que, a nivel social, conduzcan a la salud, ya sean de tipos legislativos, fiscales u organizativos.

B. Desarrollar las aptitudes y recursos personales

Indispensable para que los individuos tomen decisiones respecto a su estilo de vida y les sea posible controlar, consecuentemente los factores personales y ambientales que influyen en su salud.

C. Reforzar la acción comunitaria

Implicando a toda la comunidad en las acciones relacionadas con la salud. La comunidad debe estar capacitada para participar tanto en la detección de las necesidades como en la implementación de los programas y en la evaluación de los mismos.

D. Crear un entorno saludable

Protegiendo el medio ambiente y fomentando una convivencia en la que la autonomía no se oponga a la solidaridad, sino que ambos sean valores fundamentales. De este modo, el entorno será una fuente de salud y no de enfermedad.

E. Reorientar los servicios de salud

De manera que compartan la responsabilidad con sectores sociales y dediquen su atención a la promoción de la salud, además de la prevención y la restauración de la misma. Por ello, los profesionales implicados deben asumir la función educativa que ello comporta, incorporándola a sus actuaciones asistenciales y comunitarias.

La realización de las cinco acciones requiere la elaboración de un proyecto social, no sólo médico, que incluya un proceso formativo del individuo que forme parte de una educación integral para su desarrollo personal y social. López (2003:41) considera que: "**La salud se configura como un valor y un derecho universal, y la educación para la salud, como una necesidad fundamental tanto para la promoción de la salud como para la prevención y la curación**".

Este enfoque difiere sustancialmente del enfoque medicalista, basado en la enfermedad, contempla intervenciones concretas e informativas, con la finalidad de establecer las pautas de comportamiento adecuadas para prevenir los problemas de salud, y que tradicionalmente se han denominado "educación sanitaria".

Pollit (2002:82) fundamenta: La educación para la salud se define como un proceso formativo participativo y permanente, integrado en un marco educativo global, que permita a todos los individuos, en relación a la salud, aumentar conocimientos, adquirir actitudes positivas y adoptar estilos de

vida sana, de modo que la salud sea considerada como un valor y una responsabilidad individual y social.

Principios generales de la educación para la salud

La evolución ideológica ha llevado a un planteamiento de la educación para la salud basado en el modelo comunitario. Se desprenden los principios generales que fundamentan su actuación. Las desigualdades sociales también se manifiestan en la salud, se plantea como objetivo prioritario de las estrategias internacionales; la consecución de la equidad: Igualdad de oportunidades en relación a la salud. Se acepta la salud como un derecho y un valor social, se justifica la necesidad de educar para la salud a toda la población, sea cual fuere su situación social.

De las características que configuran el modelo comunitario y social se derivan los siguientes principios generales en los que se basan las actuaciones educativas para la mejora de la salud:

A. Actuaciones centradas en la salud

La principal es la educación, incidiendo en la población, independientemente de su estado de salud, considerando la posibilidad de mejorarla. La salud depende de factores físicos, psicológicos y sociales, que requieren atención conjunta, siendo el manejo multidisciplinario empleando la metodología adecuada

B. Implicación multisectorial

Responsabilizar a todos los sectores sociales. El sistema sanitario no puede hacer frente por sí solo a todas las circunstancias que influyen en la salud, por los múltiples factores condicionantes.

C. Participación

Con iniciativas individuales y colectivas que influyen sobre los estilos de vida, el entorno y las políticas sanitarias de cada país. Estimular la responsabilidad de la comunidad y trabajar con ella.

D. Capacitación

Lograr aptitudes y habilidades para la satisfacción de las necesidades, para la elección de las opciones personales y colectivas y para la convivencia.

E. Proceso formativo

El proceso formativo se refiere a una acción educativa sostenida que abarque todas las etapas vitales, como parte de su desarrollo, y que prepare a las personas para afrontar las situaciones de la vida relacionadas con su salud.

La promoción de la salud a través de la educación

Estrategias y actuaciones dirigidas a fomentar la salud en la población. Incluye, todas las medidas que contribuyan a mejorar los estilos de vida y el entorno. Es preciso combinar acciones políticas y educativas. OMS (1983): la educación sanitaria debe enfocarse desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades de la población, así se adquirirá responsabilidad

en su aprendizaje y centrarse en el saber hacer, incidir en toda la población. Con estrategia global para la mejora de la calidad de vida. Es posible referirse a una educación para la salud que se articule con la educación para la vida social.

Esta perspectiva debería incluir los siguientes elementos:

- Educación sobre temas sociales (marginación, pobreza, racismo y otras problemáticas sociales).
- Habilidades sociales y de formas de vida (resolución de conflictos, asertividad, autoestima, etc.)
- Conocimientos sobre salud (contenidos básicos).
- Habilidades para el cuidado de la salud.
- Análisis sobre los modelos de salud (medios de comunicación, publicidad, autoanálisis, etc.).

SECTOR SALUD EN EL PERÚ

1. Sistema Nacional de Salud

“Conjunto de instituciones, organizaciones y demás entes públicos y privados del sector salud y otros sectores y de personas naturales y jurídicas, vinculadas directa e indirectamente con la salud de la población.” Se clasifica en tres niveles: central, regional y local. El nivel central coordina, planifica y controla lo relacionado al ámbito nacional. El nivel regional está enmarcado dentro de las normativas y políticas de carácter nacional, y el nivel local dentro de las funciones operativas y programáticas.

Los servicios de salud, son dados por los subsectores: Público y privado. El Ministerio de Salud (MINSA) es la principal institución pública del país atiende fundamentalmente a la población que no cuenta con seguro social. Su infraestructura comprende: hospitales, centros y puestos de salud. ESSALUD, es la segunda en importancia y ofrece cobertura a los trabajadores del sector formal y sus dependientes. Encargada de velar por el bienestar del asegurado y su familia a través de sus diferentes programas. Cuenta con hospitales, centros médicos, policlínicos, postas médicas y otros.

La sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, atienden al personal militar y a sus respectivos familiares. Por último se encuentran las clínicas, cuyos establecimientos pertenecen al sector privado con una finalidad de lucro.

En el MINSA, existen Institutos Especializados de referencia nacional, que cumplen función de rectora. Los pacientes son referidos de centros de menor complejidad ubicados en las diferentes regiones del país. Existe una concentración de estos servicios en la capital, donde la organización de servicios especializados por parte del sector privado es creciente.

1.1. Misión

Proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; estableciendo los lineamientos de las políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los sectores sociales

1.2. Niveles de atención

Varían de acuerdo a la complejidad (administrativa y de supervisión) de los servicios de atención médica.

Primer Nivel:

Puerta de entrada al sistema de salud, su infraestructura, recursos y organización deben permitir la atención a los problemas de la salud, de poca complejidad, es continua, integral y accesible a la población que sirve. Proporciona servicios de medicina curativa y preventiva de acuerdo a las necesidades, y la demanda de la comunidad y teniendo en consideración los recursos disponibles.

Comprende: Centros de Salud, varía su complejidad de acuerdo a los servicios de apoyo y diagnóstico que poseen, ubicándose geográficamente por lo general los más complejos, en las ciudades principales. Accesibilidad directa por parte de los usuarios y atendido por médicos generales. Su área de influencia es de hasta 10 mil habitantes y puede resolver y atender adecuadamente entre el 60 y 70% de la demanda de los pacientes.

Segundo Nivel:

Dirigido a pacientes que necesitan atención de las áreas básicas: medicina, cirugía, pediatría, gineco- obstetricia y otras especialidades de la medicina y cirugía. Disponen de recursos para atención de pacientes referidos del primer nivel. Área de influencia es entre 50 a 100 mil habitantes.

Comprenden Hospitales Generales, cuentan con las técnicas y servicios de cierta complejidad a cargo de personal capacitado y equipos adecuados. Se clasifican en Hospitales Centrales y en Hospitales Periféricos.

Hospitales Centrales.

De mayor capacidad resolutive geográficamente dentro de una región. Tiene un sistema de referencia al hospital especializado, a otro de igual categoría o a otro establecimiento según sea el caso.

Hospitales Periféricos.

Establecimientos de menor complejidad, con un área de influencia definida y su nivel de referencia es el Hospital Central de la región.

Tercer Nivel:

Tiene como objetivo resolver la demanda de consulta y la hospitalización de alta especialidad que se presenta en la población y que requiere de servicios muy complejos, con amplia área de influencia y ubicados en una zona urbana para efectos de conjugar los recursos humanos y materiales necesarios. Su área de influencia es sobre los 100 mil habitantes

Tiene las siguientes características:

- Atiende problemas de salud poco frecuentes pero muy complejos.
- Asiste a pacientes referidos por los otros niveles de atención.
- Emplea tecnología compleja y muy especializada.
- Requiere de personal altamente calificado en áreas específicas.
- Forma especialistas en las áreas propias del hospital.

De acuerdo a los niveles de atención los hospitales se clasifican en:

Hospital Tipo I:

Presta atención ambulatoria y hospitalaria de nivel primario y secundario. Centros de referencia de los servicios ambulatorios, se encuentran ubicados en poblaciones hasta 20 mil habitantes, con área de influencia hasta 60 mil habitantes con 20 a 59 camas; con los servicios complementarios de laboratorio, rayos X, farmacia, anestesia, hemoterapia y emergencia.

Hospital Tipo II:

Presta atención a nivel primario, secundario y algunos de nivel terciario, en poblaciones de más de 20 mil habitantes, con área de influencia hasta 100 mil, tienen entre 60 y 149 camas de hospitalización. Pueden desarrollar actividades docentes de Pre y Post-Grado. Prestan servicios de Medicina, Cardiología, Psiquiatría, Dermatología y Neumonología, Cirugía, Traumatología, Oftalmología y Otorrinolaringología, Ginecología y Obstetricia, Pediatría. Servicios de Emergencia, Trabajo Social, Dietética.

Hospital Tipo III:

Servicios de atención médica integral en los tres niveles. Ubicados en poblaciones mayores de 60 mil habitantes, con área de influencia hasta de 400 mil, capacidad entre 150 y 300 camas; cuenta con Departamento de medicina y cirugía especializada.

Hospitales generales y de especialidad.**Hospital Tipo IV:**

Atención médica de los tres niveles, con proyección hacia un área regional, ubicados en poblaciones mayores de 100 mil habitantes y con área de influencia

superior al millón de habitantes, tiene más de 301 camas. Cuentan con unidades de hospitalización. Posee todos los servicios de un hospital tipo III, más otros de mayor complejidad. Son centros de referencia y a su vez emitirán la correspondiente contra-referencia a los casos a él referidos.

2. Establecimientos de salud

“Realizan atención de salud en régimen ambulatorio o de internamiento, con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer la salud.”

Se clasifican:

- Establecimientos de atención ambulatoria
- Establecimientos de internamiento
- Servicios médicos de apoyo

Los establecimientos de salud de mayor complejidad representan el 4.0% del total y las clínicas el 9.2%. Los de menor complejidad como centros de salud-policlínicos y puestos de salud con 47.5% y 39.3% respectivamente. Así mismo el MINSA atiende al 66% de la población, mientras que ESSALUD tiene un 13% de responsabilidad, las Sanidades, Gobiernos Regionales, Municipios, Servicios de Salud no públicos, entre otros tiene el 21 % de responsabilidad de la población peruana.

En Lima Metropolitana se ubica el 74.5% de los establecimientos de salud de la región, de este total el 57.3% son Centros Policlínicos, el 27.0% Puestos de Salud y el 15.7% son Hospitales y Clínicas.

Los distritos que cuentan con mayor número de establecimientos son: Lima (80), Villa El Salvador (67), San Juan de Lurigancho (50), Comas (48), San Juan de Miraflores (46), Callao (44), Chorrillos (42), Miraflores (38), Jesús María (36) y Villa María del Triunfo (35), representando entre todos el 50.6% del total de los establecimientos del área de Lima Metropolitana; de ellos el 56.6% son Centros de Salud – Policlínicos, el 26.5% Puestos de Salud y sólo el 16.9% son Hospitales y Clínicas.

2.1. Establecimientos de atención ambulatoria

A cargo de uno o más profesionales de la salud, desarrollan actividades que restringen su atención a pacientes que no requieren de internamiento. Estos son: Puestos de salud o postas médicas, Centros de salud, Centros médicos, Policlínicos, Consultorios médicos.

2.2. Establecimientos de internamiento

Brindan atención integral, general o especializada al paciente, con fines diagnósticos, terapéuticos ó de rehabilitación. En este grupo se encuentran: Hospitales ó clínicas de atención especializada, Centros de salud con camas, Institutos de salud especializados.

2.3. Servicios médicos de apoyo

Unidades que funcionan independientemente ó dentro de un establecimiento de internamiento o de atención ambulatoria, brindan servicios complementarios o auxiliares. Se encuentran: Los laboratorios clínicos, de anatomía patológica, y de diagnóstico por imágenes (rayos x, ecografía, tomografía y resonancia magnética). Desarrollan sub-especialidades: Medicina nuclear, radioterapia, medicina física,

rehabilitación, hemodiálisis, Servicio de traslado de pacientes, atención domiciliaria o atención pre-hospitalaria, Establecimientos de recuperación o reposo.

GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La gestión de servicios de salud ha sido asumida en los últimos años por profesionales de diferentes especialidades en el país, esto tiene repercusiones, pues el adiestramiento informal del gerente sólo le permite un acceso fragmentado a la formación que necesita. Los diversos sectores del Estado como los gobiernos regionales y locales, y el ámbito privado se encuentran ante un nuevo escenario que exige más como requisito indispensable incrementar el nivel de desarrollo y hacerlo sostenible.

Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPS)

Es un método de gestión desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para dar respuesta a los enfoques y prácticas emergentes en la gestión de los servicios de salud y que se orienta a la organización y gestión óptima de los servicios en la construcción de sistemas de salud basados en APS. Ofrece elementos para facilitar el análisis de la pertinencia, eficiencia y calidad de la producción, de la negociación y del control de los acuerdos de gestión y para la generación de una nueva cultura institucional orientada a la racionalización de costos y la maximización de la productividad. Utiliza sus componentes instrumentales para promover formas de comportamiento gerencial inteligentes compatibles con los paradigmas de la modernización de la administración pública y la transformación sectorial en salud..

La MGPSS se basa en el análisis de la producción, eficiencia, recursos y costos (PERC) de los servicios de salud. El análisis del PERC se facilita con el uso de indicadores de desempeño que proveen a los gerentes una visión estratégica del manejo de los establecimientos de salud o de las redes de servicios de salud.

Miembros de servicios de salud

La atención de calidad implica la libertad de hacer todo lo que sea apropiado para mejorar la condición de salud del paciente y de la comunidad. El compromiso y la motivación del proveedor dependen de la capacidad para llevar a cabo su vocación de una manera ideal u óptima. Las preguntas clave que se podrían formular son las siguientes: ¿A cuántos pacientes por hora deben atender los proveedores? ¿Qué servicios de laboratorio tienen a su disposición y qué tan precisos, eficaces y confiables son? ¿Qué sistemas de referencia existen cuando se necesitan los servicios de un especialista o una mayor tecnología? ¿Son adecuadas las condiciones físicas y sanitarias de trabajo como para garantizar la privacidad de los pacientes y un ambiente profesional para el encuentro? ¿Tiene la farmacia un suministro confiable de todos los medicamentos que necesitan? ¿Existen oportunidades para brindar educación médica continua? El sistema de atención de la salud debe responder a las perspectivas y las demandas del paciente, también debe hacerlo con las necesidades y las estipulaciones del proveedor de atención de la salud si se desea maximizar la calidad de ésta. Los proveedores de atención médica pueden considerarse como “clientes internos” del sistema de atención de salud. Necesitan y esperan recibir servicios profesionales, administrativos y auxiliares que sean eficaces y eficientes para estar en condiciones de brindar una atención de primera calidad.

Administrador de servicios de salud

Rara vez participan en la prestación de servicios de atención, pero la atención de calidad es importante en su trabajo diario. La variedad de las demandas de supervisión, administración logística y financiera y asignación de escasos recursos presenta muchos retos y crisis inesperados. Esto puede hacer que un gerente no tenga una idea clara del propósito ni de las prioridades clínicas. Los administradores de los servicios de salud tienden a pensar que el acceso, la eficacia, la competencia profesional y la eficiencia son los aspectos más importantes de la calidad.

Calidad de Servicio en Sistemas de Salud

Se entiende como un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo. Desde una perspectiva de salud pública, significa ofrecer los mayores beneficios al paciente, con la menor cantidad de riesgos a la salud, a la mayor cantidad de personas, dados los recursos disponibles

La definición de calidad creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): Consiste en el desempeño adecuado, según los estándares de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición.

Las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en

costos, llevó a los profesionales de salud a empezar a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares. Las organizaciones de salud en USA comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad. A la misma vez, el sistema de acreditación en hospitales amplió su enfoque desde inspecciones hasta promover el mejoramiento de la calidad.

Los clientes carecen del conocimiento para calificar la calidad técnica en los servicios de salud y el bienestar físico de un cliente y a veces hasta su propia vida, no sólo su satisfacción y lealtad, dependen de la calidad de los servicios. Los métodos convencionales para controlar la calidad, tales como el licenciamiento, establecimiento de estándares y acreditación, continúan siendo importantes en el campo de la salud para eliminar los servicios deficientes y proteger a los clientes. En todo lugar, las personas continuamente evalúan la calidad de los servicios que reciben. Dadas una opción, ellas escogen prestadores de servicios e instalaciones que ofrecen la mejor atención disponible, según la perciben. ¿Cómo juzgan los clientes la calidad de los servicios de salud? Cada vez más investigaciones están descubriendo qué desean los clientes y cómo medir la satisfacción del cliente. Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, los clientes comparten siete inquietudes principales.

1. Respeto. El cliente desea ser tratado respetuosa y amigablemente, interpreta la cortesía, confidencialidad y privacidad como signos de que los prestadores de servicios lo están tratando con equidad.

2. Comprensión. El cliente valora el servicio individualizado y prefiere ser atendido por alguien que se esfuerza por entender su situación y necesidades específicas,

desea que los prestadores de servicios lo escuchen, le expliquen las opciones en términos que pueda entender.

3. Información completa y exacta. El cliente valora la información. Le preocupa que los prestadores de servicios no le digan todos los hechos.

4. Competencia técnica. El cliente suele juzgar la competencia técnica de los servicios que recibe, aunque no siempre use los mismos criterios del prestador de servicios y no sea preciso técnicamente.

5. Acceso. El usuario desea tener acceso inmediato a los servicios. Ubicación conveniente y servicios prestados con prontitud, que los servicios sean confiables y económicamente accesibles y que no existan barreras.

6. Equidad. El cliente desea que los prestadores de servicios ofrezcan explicaciones detalladas y exámenes minuciosos a todos por igual, se queja de la existencia de trato especial a grupos de personas en especial.

7. Resultados. El cliente procura servicios por una razón específica, se queja cuando no dan importancia a sus quejas ó inquietudes.

La satisfacción del cliente es un resultado importante de prestar servicios de buena calidad, es una meta muy valiosa para todo programa. La satisfacción del cliente puede influir en: Que el cliente procure ó no procure atención, el lugar al que acuda, el que esté dispuesto a pagar por los servicios, el que siga las instrucciones del prestador de servicios, y que recomiende posteriormente los servicios de salud.

Dicha satisfacción depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de las expectativas del cliente. Se satisface cuando los servicios cubren ó exceden sus expectativas. Si las expectativas son bajas ó tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente

deficientes. Los clientes en los establecimientos de salud, por lo general, esperan recibir atención de calidad. La satisfacción del cliente, no significa que la atención recibida es buena, sino que puede significar que sus expectativas son bajas. Puede que especifique estar satisfecho sin que necesariamente ello ocurra.

Los administradores no deben suponer que los servicios prestados son adecuados solo porque los clientes no se quejan. Cuando el cliente percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y, de hecho, reducir la calidad de atención. El orientar a los clientes e informar al público con respecto a lo que constituye la atención apropiada suelen ser aspectos importantes en la prestación de servicios de buena calidad.

La satisfacción del cliente es indicador importante de la calidad de servicios, resulta difícil evaluar la satisfacción del cliente. Los métodos y las medidas para la recolección de datos suelen influir en las respuestas del cliente. La mayoría de los clientes afirman estar satisfechos independientemente de la calidad real. Además, tanto el acceso a los servicios como las repercusiones de los servicios en la salud pueden afectar la satisfacción del cliente a tal nivel que no refleje el proceso de prestar atención. Se consideran los indicadores económicos, los costos y la eficiencia, teniendo en cuenta que no hay calidad sin alcanzar eficiencia

Se proponen aspectos que deben ser observados por la administración ó la dirección en el control de calidad y se recomienda aplicar el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad, mediante la exposición de sus principios y

los pasos para su puesta en marcha. Se sugiere, aplicar el proceso de solución de problemas como el procedimiento más adecuado para el control de calidad:

Los aspectos que, a mi juicio, son los elementos esenciales de la calidad de los servicios de salud son los siguientes:

- a) La excelencia profesional.
- b) El empleo eficiente de los recursos.
- c) Seguridad para los pacientes.
- d) Mayor satisfacción para la población y los trabajadores del servicio.
- e) La eficiencia del servicio, el resultado final que se produce.

DEFINICIÓN DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD:

Obtención de los mejores resultados posibles en la práctica clínica (Efectividad), con la información científica disponible capaz de cambiar favorablemente el curso de la enfermedad (Eficacia), con los menores costes para el paciente y la sociedad en su conjunto (Eficiencia).

CONCEPTO DE CALIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL

CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Lembcke (1988) indica que el concepto de calidad tiene su origen en los procesos industriales. Se habla de Calidad total como el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas y estamentos de la organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al menor coste. Deming define la Calidad en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio.

La American Society for Quality Control, define la Calidad como la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario. En los manuales de normas ISO (ISO 9004) se define la calidad como el conjunto de especificaciones y características de un determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen.

En lo referente al campo de la salud, el concepto de calidad ha evolucionado. Existe una definición clásica (IOM 1972), menciona que es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ella.

La OMS (1985) define que la Calidad en salud, es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado, teniendo en cuenta los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente.

Para desarrollar un sistema de calidad en el ámbito sanitario, la definición más completa es la del Programa Ibérico, que la define como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. Esta definición incluye dimensiones incuestionables en cualquier sistema de calidad (calidad científica - técnica, satisfacción y accesibilidad. Hablar de Calidad total en el sistema sanitario es hacerlo sobre un sistema de gestión de la calidad.

DIMENSIONES MENSURABLES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Tejedor (1999) refiere que las dimensiones de la calidad representan hacia donde hay que mirar para valorar si existe calidad o no. A continuación veremos las dimensiones más habituales.

1. Calidad científico técnica.- Para utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existentes y abordar los problemas de salud, para producir salud y satisfacción en los usuarios, incluye tanto los aspectos científicos-técnicos en sentido estricto, como los de trato interpersonal

2. Accesibilidad.- Facilidad con la que la atención puede obtenerse en relación con los aspectos organizacionales, económicos, culturales y emocionales respecto a los usuarios. Se incluye otra dimensión, la equidad, que es la capacidad de ofrecer mayor atención a quién más lo necesita a igual atención, igual necesidad.

Un aspecto importante, es la accesibilidad interna, que englobaría los tiempos de espera, tiempos de respuesta, descoordinaciones, etc., es decir, todo lo que impide la fluidez normal de un proceso asistencial visto en su totalidad, incluyendo la necesaria coordinación entre niveles asistenciales.

3. Efectividad, Eficiencia y Eficacia.- Dimensiones generalmente no bien comprendidas, pero básicas en un sistema de calidad asistencial, especialmente en los dedicados a urgencias y emergencias. Efectividad es el grado en que la asistencia al paciente se presta de manera correcta, según el estado actual del conocimiento, para alcanzar el resultado deseado por el paciente. La eficiencia es la relación entre los resultados de la asistencia y los recursos utilizados para prestar asistencia al paciente. Ser eficientes nos permite hacer más cosas con el mismo

costo. Mayor eficiencia proporciona mejor calidad. La eficacia es la demostración de alcanzar los resultados deseados por el paciente.

4. Satisfacción.- Es la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario. Un mejor trato personal se asocia con una mayor satisfacción. La satisfacción debe contemplar también al cliente interno, es decir, al profesional.

5. Adecuación.- Para la Joint Commission, es la medida en que la atención médica se corresponde con las necesidades del paciente. Vuori considera que es la relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades.

6. Continuidad.- Es la dimensión más compleja y difícil de definir. Shortell la define como la medida en que la atención necesaria se provee de forma ininterrumpida y coordinada. Para otros autores, la continuidad sería el tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado dentro de la dimensión científico-técnica de la calidad asistencial.

INDICADORES DE CALIDAD Y EFICIENCIA

La definición es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. La calidad con que se brinda no puede separarse de la eficiencia ya que debe tenerse en cuenta el ahorro de los recursos. (Ríos 1988). La medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una tarea de complejidad intrínseca ya que a la medición de conceptos abstractos se añade la variedad de intereses que pueden influir en las evaluaciones subsecuentes. Estas son nociones abstractas, la necesidad de medirlas es obvia pero es siempre un desafío debido en parte a que los indicadores

deben separar la parte de ellos que se debe a las características de los pacientes, de la que se relaciona con la atención prestada. La atención hospitalaria juega un papel en la atención sanitaria; tiene un alto significado social, pues los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios y son los centros más costosos por la atención especializada y tecnológicamente avanzada que deben brindar, además del servicio hotelero que ofrecen. La evaluación continua de la calidad y la eficiencia de la atención hospitalaria es un imperativo para el sector de la salud. Este trabajo comienza por una visión actualizada de los conceptos de calidad y eficiencia de la atención sanitaria y de la relación entre ellos. Profundiza entonces en los indicadores tradicionales y actualmente utilizados para medir ambos atributos en los servicios hospitalarios. Incluye las formas en que tales indicadores se clasifican y las distintas maneras en que se aborda la difícil tarea de realizar los ajustes necesarios para separar la parte de su valor que se debe a las características de los pacientes de la que realmente se debe a la calidad y eficiencia de la gestión hospitalaria.

La definición de calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. La dificultad se da en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción, depende de intereses, costumbres y nivel educativo, entre otros factores (Jaramillo, 1998).

Desde el punto de vista del paciente, una consulta de buena calidad debe ser breve y dirigirse directamente al punto problemático; mientras que para otros la entrevista médica sólo será satisfactoria si el médico destina una buena parte de su tiempo a oír los pormenores de la naturaleza, historia y características de los síntomas que aquejan al paciente.

Desde el punto de vista del médico, no existe un patrón uniforme de lo que puede considerarse atención médica de buena calidad. Se acepta, por lo menos, que ésta tiene una relación con el estado del conocimiento actual y el empleo de la tecnología correspondiente. Si un médico utiliza un procedimiento anticuado para tratar una dolencia, no podrá decirse que está brindando atención médica de calidad. Tampoco podrá afirmarse esto si procede a indicarle a un paciente una prueba diagnóstica o un tratamiento que no es el reconocido (digamos que por la “comunidad médica”) para la supuesta enfermedad, ni siquiera si el paciente está complacido con el procedimiento empleado. Las tendencias más modernas de la atención sanitaria (la llamada “Medicina Basada en la Evidencia”) abogan por que las prácticas médicas estén profundamente basadas en la evidencia científica de que realmente son las idóneas para cada caso. Sin embargo, muchos alegan que la práctica de una medicina totalmente basada en la evidencia científica podría conducir a una deshumanización de la relación médico paciente, algo considerado no deseable (Jaramillo, 1998).

Desde el punto de vista de los administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia necesario para el ahorro de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible.

Los dos enfoques deben tomarse en cuenta, si bien los médicos pueden tener la razón mejor fundamentada, los administradores disponen de los recursos y los enfermos receptores de la atención, deberán aceptarla para conseguir el efecto deseado. El balance apropiado de intereses y concepciones dará lugar a la calidad óptima todos deseamos.

La medición de la calidad y la eficiencia es una tarea compleja ya que, además de la complejidad intrínseca que conlleva la medición de conceptos abstractos, no pueden ignorarse la variedad de intereses que pueden influir en una evaluación de ese tipo. En los sistemas de salud no públicos las contradicciones entre clientes (pacientes), gestores y financistas son las principales promotoras del control y evaluación de la calidad y la eficiencia. Las compañías de seguros juegan un papel crucial en esta evaluación ya que deben pagar la mayor parte de los servicios y calcular debidamente el monto que deben cobrar a sus clientes ya que este pago se produce antes de que el servicio se haya brindado. Las ganancias de tales compañías dependerán directamente de lo acertado de sus cálculos y del costo real del servicio brindado. Esta madeja de intereses obviamente no siempre resulta en una atención de buena calidad (Corella, 1996). En los sistemas públicos el estado financia los servicios de salud y es el interesado en que éstos sean brindados con calidad y eficiencia. La falta de control y evaluación de estos dos elementos se reflejará en una disminución de las posibilidades reales para brindar todos los servicios sociales.

La medición de conceptos abstractos como calidad y eficiencia de los servicios de salud, necesita de una operacionalización cuantitativa que permita comparaciones en el tiempo y en el espacio y la determinación de patrones que consientan la identificación de fallos o logros.

La costumbre ya arraigada de medir el nivel de salud de las poblaciones ha convertido a algunos indicadores en conocimiento ordinario. Tal es el caso de la tasa de mortalidad infantil (como indicador de salud y nivel socioeconómico de

poblaciones) y el de otras tasas menos renombradas como las de mortalidad y morbilidad crudas o específicas.

La característica de un indicador es su potencialidad para medir conceptos de manera indirecta. La tasa de mortalidad infantil es la frecuencia relativa de las muertes de niños menores de un año en cierto período, con ella se puede tener una idea de un concepto relativamente lejano: El desarrollo socioeconómico de una región. Es decir, se ha demostrado que el nivel socioeconómico de una población se refleja en su mortalidad infantil y por ende ésta constituye un indicador del primero.

Calidad y eficiencia son nociones abstractas, conceptos basados en un sinnúmero de aspectos que histórica y socialmente llegan a alcanzar un significado aceptable. Los indicadores de calidad y eficiencia deben separar la parte de ellos que se debe a las características de los pacientes, de la que se relaciona con la atención prestada. No es problema de esos indicadores en particular sino una característica en muchos indicadores. Un ejemplo es el de las tasas de mortalidad de los países. Si se quieren tomar como indicadores de nivel socioeconómico o de salud con el fin de hacer comparaciones, deberán estandarizarse para tener en cuenta, las estructuras de edad de los países en cuestión. Diferencias entre las tasas de mortalidad de dos países con estructuras de edad diferentes no permitirán hacer juicios de valor sobre condiciones sociales, económicas o sanitarias.

Los hospitales albergan a las personas con problemas de salud más serios y les confiere un significado social; la atención especializada y tecnológicamente avanzada que brindan, además del servicio hotelero los convierte en los centros

más costosos del sistema de salud. Es importante la evaluación continua de la calidad y la eficiencia de la atención hospitalaria.

Los indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios (Tasa de mortalidad, de reingresos, de infecciones, entre otros) varían de acuerdo con la de la atención que se brinde, pero también dependen de la gravedad de los pacientes que han servido como unidades de análisis.

Procedimientos diagnósticos de imágenes en gastroenterología

TUBO DIGESTIVO

Esófago

Revisaremos los trastornos más frecuentes y comentaremos los métodos de estudio por imágenes.

1. Trastornos de deglución: La deglución tiene cuatro fases fundamentales, y la alteración en cualquiera de ellas puede provocar un trastorno de deglución.

- Fase oral preparatoria: consiste en la salivación previa a la ingesta.
- Fase oral voluntaria: comprende la masticación, formación y propulsión del bolo alimentario hasta la faringe.
- Fase faríngea (involuntaria): el bolo alimentario es impelido desde la faringe hasta atravesar el esfínter esofágico superior (EES). La estimulación de la hipofaringe por el bolo desencadena una serie de acciones coordinadas, que consisten en:
 - Cierre del velo faríngeo, que evita el paso del alimento a la rinofaringe.
 - Apertura del EES.
 - Contracción de los músculos constrictores de la faringe.
 - Anteriorización y elevación del hueso hioides y de las estructuras de la laringe,

- que amplia el espacio hipofaríngeo y horizontaliza la epiglotis.
- Cierre glótico (aducción de las cuerdas vocales).
 - Pulsión lingual.
 - Aclaración faríngea.
 - Fase esofágica: coincidiendo con la estimulación faríngea por el bolo alimentario se produce una relajación refleja sostenida del esfínter esofágico que propulsará el bolo alimentario hacia el estómago.

En suma se requiere la coordinación de 25 músculos y la integridad de 5 pares craneales. Cualquiera de estas fases del proceso de la deglución pueden verse afectadas y ocasionarse la disfagia.

En el cuadro de procedimientos diagnósticos por imágenes (Tabla 1), para efectos de señalar el «gold standard», se divide a la disfagia en orofaríngea, esofágica, y disfagia + baja de peso, que a su vez engloba a las neoplasias y a las estenosis poscausticación.

Procedimientos diagnósticos de imágenes en gastroenterología - Dr. Ricardo Escalante Estrada

Tabla 1. Procedimientos diagnósticos de imágenes gastroenterológicas

Tubo digestivo: Esófago

- Trastorno de la deglución (Disfagia orofaríngea)	Cine y/o videofluoroscopia con ingesta de papilla baritada. *
- Disfagia (Esofágica)	Técnica de DC de esófago *
- Disfagia + baja de peso d/c neo – extensión local-estadiaje	Técnica de DC de esófago * TEM de mediastino/esófago*
- Pirosis – Regurgitaciones: d/c hernia hiatal	Técnica de DC de esófago=estómago * Maniobras apropiadas: valsalva, Trendelenburg.
- Fístulas traqueo-esofágicas Neonatos Adultos	Rx simple de tórax=abdomen Técnica con contraste yodado hidrosoluble * Tráqueo-broncoscopia virtual por TEM.

* Gold Standard

2. Pirosis, regurgitación: Descarte de hernia hiatal esofágica: Los pacientes que llegan a nuestra interconsulta con estas molestias se presentan con una variada gama de intensidad y particularidades clínicas acompañantes y aparentemente

esto depende del grado y frecuencia de la regurgitación ácida del estómago.

El estudio contrastado con técnica de doble contraste y utilizando técnicas apropiadas (maniobras de valsalva y posición de Tren- delemburg durante el pasaje del bolo baritado a través del cardias) nos va a permitir demostrar si existe hernia hiatal, de que tipo es, cuál es su magnitud y sobre todo tener una idea del grado de regurgitación gastroesofágica lo cual será fácil de observar si utilizamos fluoroscopia intensificada y si tenemos cuidado de haber distendido adecuadamente la cavidad gástrica.

3. Las fístulastráqueo esofágicas: Es una entidad bien conocida en neonatología y el rol del radiólogo es la de confirmar su existencia que en ocasiones puede diagnosticarse con una radiografía simple tóraco- abdominal con el pequeño paciente sostenido verticalmente.

En un segundo momento se tratará de identificar sus características para diagnosticar su tipo que será muy importante para su tratamiento y esto se hará utilizando técnicas contrastadas con yodo hidrosoluble.

En los adultos esta patología es secundaria a eventos traumáticos o posactínicos y puede ser estudiada con técnicas de doble contraste o utilizando tomografía espiral multicorte (TEM) con contraste oral previa hyoscine-N-butylbromide (buscopan o buscapina) EV cuyo efecto comienza a los 90 segundos y que ayuda a mantener contrastado al esófago.

Esta técnica va a permitir observar a las diferentes estructuras y espacios mediastinales y las reconstrucciones 2D y 3D nos mostraran en detalle el grado de compro- miso periesofágico, traqueobronquial pleural, etc.

TEM permite además, utilizando tomógrafos con 16 líneas de detectores y softwares apropiados realizar sorprendentes estudios de traqueo-broncoscopia

virtual que por ser no invasivos y de poca radiación están indicados en la evaluación pre y post- operatoria de estos pacientes.

Exploraciones radiográficas

Radiografía simple

La radiografía simple de tórax puede mostrar masas mediastínicas, dilatación auricular o enfermedades pulmonares causantes de la disfagia, así como la dilatación esofágica con niveles hidroaéreos que revelen retención esofágica. También visualiza el edema de tejidos blandos (ej. epiglotitis, absceso retrofaríngeo) o los cuerpos extraños radiopacos en los casos de disfagia aguda.

En caso de sospecha de proceso obstructivo por alimentos, en pacientes de edad avanzada que por falta de salivación y al intentar tragar trozos grandes de alimentos «sólidos» padecen de disfagia súbita, una prueba útil y sencilla es la de practicar radiografías simples en perfil y OAD luego de la ingesta de un macmelo embebido en una suspensión baritada y que señalará el punto de la obstrucción (Escalante, 2010).

La radiografía simple de abdomen puede sugerir una dificultad en el tránsito esofago- gástrico al evidenciar la ausencia de gas intragástrico.

Esofagograma

El estudio radiográfico con contraste permite detectar masas tumorales faríngeas, pero es ineficaz en el caso de anomalías motoras cricofaríngeas.

Puede ser más sensible que la endoscopia en la detección de estenosis causadas por membranas y anillos y en la estenosis pépticas >10 mm. Además, es especialmente útil en los estadios iniciales de algunos trastornos motores, como la

acalasia o el espasmo esofágico difuso, que pueden pasar desapercibidos con el estudio endoscópico. También identifica hernias paraesofágicas y divertículos faríngeos o esofágicos, minimizando el riesgo de perforación endoscópica.

Asimismo, proporciona información útil en la valoración terapéutica de las estenosis pépticas (datos sobre la longitud y diámetro de éstas).

Estudio del esófago con técnica de doble contraste: (Tec. DC)

El mucosograma que se obtiene utilizando una adecuada técnica de doble contraste permite observar sutiles cambios en el relieve mucoso del esófago y podremos detectar y diferenciar lesiones inflamatorias, ulcerosas o neoforativas o estenosis de tipo disfuncional, cicatricial o infiltrativo-proliferativo propios de las neoplasias.

La acalasia, la esclerodermia y las várices esofágicas son igualmente patologías que pueden ser muy bien demostradas con este método y deben complementar los hallazgos de procedimientos endoscópicos.

Tránsito esofágico con radioisótopos

El estudio del tránsito esofágico mediante radioisótopos (10 mml de agua marcada con tecnecio-99m) permite evaluar la dinámica deglutoria al cuantificar el tiempo de tránsito y el vaciamiento orofaríngeo, lo que aporta datos para evaluar los resultados terapéuticos, relacionando la respuesta clínica y la mejoría del vaciamiento.

Posee una sensibilidad y especificidad inferior a la manometría en el diagnóstico de trastornos motores esofágicos; no obstante, es muy útil en aquellos pacientes que no pueden realizar la manometría, como en el caso de pacientes con afectación motora esofágica y síndrome de Down.

Videofluoroscopia

La videofluoroscopia orofaríngea es la técnica de elección en la valoración de la disfagia orofaríngea («gold standard»), ya que proporciona información acerca de las cuatro categorías de disfunción orofaríngea:

- Incapacidad o dificultad de iniciar la deglución faríngea.
- Aspiración del alimento ingerido.
- Regurgitación nasofaríngea.
- Permanencia del alimento ingerido en la cavidad faríngea tras la deglución (falta de aclaramiento esofágico).

Asimismo, permite evaluar la eficacia de la terapia deglutoria utilizada en la corrección de la disfunción objetivada.

Sin embargo, no permite cuantificar la contractilidad faríngea o la presión intrabolso durante la deglución ni detectar una relajación incompleta del EES, que se consiguen con la manometría (Escalante, 2010).

Rol actual de la TC en imágenes del estómago

Neoplasias

Adenocarcinoma. Representa más del 95% de los tumores malignos del estómago. Sobrevida a los 5 años del 20%. El pronóstico está relacionado con el estadiaje del tumor a su presentación. La TC es la modalidad de elección del estadiaje porque ayuda a identificar el tumor primario, la diseminación local, el compromiso ganglionar y las metástasis a distancia.

Muchos estudios han evaluado el uso de agua como contraste oral para la detección y estadiaje de tumores gástricos. En un estudio por Hori y col, en el que se usó agua como contraste oral, la TC ayudó a detectar un 95% de los carcinomas

avanzados (con invasión local o metástasis), 93% de los carcinomas tempranos elevados (sin invasión local ni metástasis) y 18% de los carcinomas tempranos deprimidos.

Cuando se usa agua como contraste oral los tumores gástricos aparecen como engrosamiento difuso o segmentario de la pared con realce a diferencia de la pared gástrica adyacente que no realza.

Las imágenes axiales siempre han sido útiles en el estadiaje de cáncer gástrico. Sin embargo, las imágenes multiplanares y 3D proveen información adicional valiosa y mejoran la detección y estadiaje de los tumores tempranos y avanzados. En un estudio por Lee y Ko de 31 pacientes con cáncer gástrico temprano, la detección tumoral fue mucho más alta con imágenes 3D (93,5%) que con sólo imágenes axiales (64,5%), a pesar de que se usó técnicas de SSD en vez de las técnicas volumétricas, que son superiores.

Linfoma: El estómago es el sitio más frecuente de compromiso del tracto gastrointestinal por linfoma no Hodgkin. En TC el linfoma gástrico aparece como un engrosamiento segmentario o difuso de la pared. A diferencia del adenocarcinoma el linfoma gástrico aparece como un engrosamiento segmentario o difuso de la pared. A diferencia del adenocarcinoma el linfoma compromete más de una región del estómago. Debido a que al linfoma se le considera un tumor «suave», es menos probable que cause obstrucción gástrica como el adenocarcinoma.

La adenopatía perigástrica es frecuente en pacientes con linfoma gástrico así como en aquellos con adenocarcinoma. Sin embargo, la adenopatía que se extiende por debajo del hilo renal favorece el diagnóstico de linfoma.

El linfoma de tejido linfoide asociado a mucosa (MALT) es un linfoma de bajo grado que se está reconociendo con más frecuencia. Se piensa que está asociado con el

Helicobacter pylori. En una serie de Kassar y col. de 40 pacientes con linfoma MALT, el hallazgo más frecuente fue engrosamiento de la pared gástrica. Este engrosamiento es usualmente mínimo y puede no ser detectado en TC, especialmente si el estómago no está bien distendido. La adenopatía y extensión extra- gástrica son raras.

Debido a que el hallazgo más frecuente en los linfomas MALT y linfomas gástricos es el engrosamiento de la pared, la técnica es importante. El estómago debe estar en su máxima distensión. El agua permite una mejor evaluación de las paredes gástricas realzadas. El uso de agua como contraste oral e imágenes 3D son de utilidad en la detección y estadiaje de linfoma gástrico.

Tumores estromales gastrointestinales (GIST). Los GIST son neoplasias poco frecuentes que provienen de las células mesenquimales de la pared del tracto gastrointestinal. Estos tumores demuestran variabilidad en su diferenciación y son categorizados basado en estudios inmunohistoquímicos y ultraestructurales. Los tumores estromales se pueden clasificar histológicamente como tumores miogénicos (proviene del músculo liso), tumores neurogénicos (provienen de elementos neurales). Los de músculo liso se llamaban anteriormente leiomiomas o leiomiosarcomas. Son solo el 1% de los tumores gástricos y ocurre usualmente en adultos.

A la TC, los GIST varían en tamaño y apariencia. El 90% de los leiomiosarcomas gástricos se presentan en el fondo o cuerpo del estómago. Los tumores pequeños aparecen como masas intramurales. Conforme el tumor crece estira la mucosa y la puede ulcerar. Cuando el tumor es grande (>5cm), se presenta exofítico y puede presentar áreas de necrosis central o calcificación. Cuando los tumores son grandes y exofíticos puede ser difícil determinar su lugar de origen, y en tales casos

las imágenes 3D son útiles para caracterizar mejor la masa y determinar su origen. La adenopatía asociada es rara a diferencia del adenocarcinoma o el linfoma. La TC no puede diferenciar entre los tumores estromales gástricos benignos y malignos a menos que se vea invasión local o metástasis. Sin embargo, los tumores pequeños (< 4 - 5 cm) son usualmente benignos.

Inflamatorias

Gastritis. La TC no es la modalidad de imagen de elección en pacientes con sospecha de gastritis. Sin embargo, es frecuentemente realizada en pacientes que se presentan con síntomas no específicos como dolor abdominal y náuseas. Así es como la TC puede ser el primer estudio realizado y puede sugerir el diagnóstico. El hallazgo más frecuente en pacientes con gastritis es el engrosamiento de los pliegues y la pared gástrica. En casos severos, la pared gástrica puede mostrar baja atenuación compatible con edema submucoso e inflamatorio. También, la mucosa puede realzar debido a hiperhemia. Este realce puede dar a la pared la apariencia de capas, que se ve mejor en fase arterial. Estas capas o «halo» ayudan a distinguir gastritis de otras patologías que causan engrosamiento de la pared gástrica (neoplasias). Otras condiciones como la estenosis pilórica hipertrófica del adulto también se pueden manifestar como engrosamiento segmentario de la pared. Debido a que la apariencia tomográfica de la gastritis y los tumores se pueden superponer, es necesario realizar una endoscopia para el diagnóstico definitivo. El rol de las imágenes 3D en las patologías inflamatorias no ha sido bien estudiado (Escalante, 2010).

Enfermedad ulcerosa péptica. La mayoría de úlceras gástricas no son visibles a la TC debido a que sólo afectan las capas superficiales de la pared gástrica. Sin

embargo, se pueden detectar las úlceras profundas o las úlceras que han penetrado o perforado la pared gástrica. Los pacientes con penetración ulcerosa pueden presentar cambios inflamatorios en el tejido adyacente, además del engrosamiento de la pared gástrica. La perforación presenta cambios inflamatorios así como burbujas de aire extraluminal o neumoperitoneo.

Gastritis enfisematosa. Es una entidad rara causada por invasión de la pared gástrica por organismos productores de gas, típicamente *Escherichiacoli*. La gastritis enfisematosa es una patología peligrosa con alto rango de mortalidad. A la TC, el estómago está engrosado y hay aire en las capas de la pared gástrica. Existe una patología benigna llamada enfisema gástrico que puede presentar aire en las paredes gástricas y es más frecuente que las gastritis enfisematosas. La apariencia tomográfica de estas dos entidades es idéntica. Sin embargo, los pacientes con enfisema gástrico benigno son asintomáticos y esta condición tiende a resolverse espontáneamente (Escalante, 2010).

LA GESTIÓN LOGÍSTICA Y LOS SERVICIOS DE SALUD

La gestión de recursos en el sector salud constituye una herramienta esencial en el buen funcionamiento de los servicios de salud.

El principal aporte que realiza la gestión de recursos hospitalarios radica en la posibilidad de optimizar el uso de recursos e introducir mejoras en la cantidad y en la calidad de los servicios de salud a los que puede acceder la población, contribuyendo a mejorar ostensiblemente su calidad de vida.

Para comenzar diremos que aunque la función principal de un hospital es la atención al paciente, la logística hospitalaria, atiende a todos los procesos internos

que se desarrollan en un hospital, incluyendo mantenimiento, lavandería y todo lo relacionado con la atención global al personal, y a los usuarios de un hospital.

Para aumentar, la eficiencia de la gestión de los procesos logísticos es muy útil la subdivisión del sistema logístico en subsistemas que agrupen procesos y tareas relacionadas.

En el caso de la logística hospitalaria, una opción eficaz es subdividir los procesos en tres subsistemas para comprender mejor, analizar correctamente y planificar que es una de los elementos fundamentales de la logística hospitalaria. En primer lugar podemos mencionar a los subsistemas de aprovisionamiento adquisición de bienes y servicios, los subsistemas de producción, que se refiere a la recepción de mercaderías, almacenaje y salida de envíos, los subsistemas de distribución, que son los sistemas de aprovisionamiento y transporte interno.

A la hora de dividir un sistema logístico no se debe perder de vista el hecho de que las distintas partes que se distinguen en una cadena de suministro, pueden tener un conflicto de intereses en una dinámica de funcionamiento. Si planteamos el ejemplo de un hospital, la logística hospitalaria en un almacén de almacenaje, no le interesa tener un volumen elevado, mientras que al encargado de aprovisionamiento le interesa realizar pedidos de gran volumen en vez de muchos pedidos de poco volumen, por el ahorro económico que supone.

La logística hospitalaria, es un sistema abierto y forma parte de un sistema mayor, como es la cadena de suministro de un centro de hospital. El número de subsistencias que forme un sistema logístico depende de la complejidad íntima al sistema y del criterio del gestor.

En la carrera de logística en general, se ve la logística hospitalaria, como materia obligatoria, en los últimos tiempos, porque hasta no hace tanto tiempo, no se tenía

una disponibilidad de datos a fondo, así para la administración de un hospital esta logística pasa a ser una de las más importantes y cobra mayor relevancia, sobre todo para la disponibilidad de los gastos. En un hospital, la mayor parte de los gastos viene de los rubros diferentes de la atención de los pacientes, pero para una mejor administración dentro de un hospital la logística hospitalaria conforma uno de los pilares dentro del análisis de su ingreso y egreso de dinero.

Los hospitales que ya implementaron su departamento de logística están mejor administrados y las tareas que se manejan en él, son por ejemplo el manejo de inventarios y de la planeación tanto interna como externa del hospital. La ejecución de herramientas logísticas tales como pronósticos, disminución en el tiempo de espera, para la atención del paciente, mejorando la atención en las diferentes especialidades, y no solamente eso, sino que además mejora en gran medida la imagen del hospital que la ejecuta.

En la logística hospitalaria, se han ido aplicando paulatinamente, técnicas industriales, como por ejemplo los sistemas de soporte y decisión, como el informático, que en general, están diseñados para servir de apoyo, más que para automatizar el proceso y la toma de decisiones. El apoyo de una decisión, significa ayudar a las personas que trabajan solas o en grupos a reunir inteligencia, para generar otras alternativas y tomar decisiones, y apoyar el proceso de la toma de decisiones, implica el apoyo a la estimación, la evaluación y la comparación de diferentes alternativas.

Básicamente, se busca controlar los costos de la unidad de urgencias, también decidir el destino de la remisión de pacientes entre los distintos hospitales de la ciudad, modelos para implementar reglas de programación de cirugías. La logística

hospitalaria también tiene que ver con la programación de las operaciones, es decir que esto consiste en ordenar en una secuencia lógica, todas las actividades derivadas de un proyecto, programa o plan de producción y ubicarlas a la altura del tiempo en que se realizan, dentro del tiempo total del proyecto. El ruteo de los vehículos, que desde una bodega deben salir a visitar a ciertos pacientes para luego volver a su punto de partida buscando que la distancia total, sea lo más corta posible. Y por último cabe mencionar el tema de la gestión de inventarios que se relaciona con la planificación y el control de los inventarios, para reducir las inversiones en gestión de inventario

2.3. Bases conceptuales

- **Calidad:** Alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo de riesgo para el paciente y satisfacción por parte de él. Se evalúa a través de estructura, procesos y resultados (Donabedian, 1990) Para realizar el presente trabajo la calidad de los servicios de salud se tendrá en cuenta aspectos de la estructura, procesos y resultados en las siguientes dimensiones: 1. Entorno de la calidad (estructura) Recursos (ambiente, personal y equipo) Tiempo de espera (estructura organizacional).
- **Procesos:** Características de la atención Registro de datos básicos en la historia clínica.
- **Resultados:** Satisfacción del usuario. Conocimientos básicos del usuario para su autocuidado.

Bases epistémicas

La epistemología proviene de episteme (conocimiento) y logos (teoría), rama de la filosofía que trata de los problemas filosóficos que rodean al conocimiento. Ayuda al investigador a comprender las distintas fases por las que atraviesan los procesos creativos de la investigación. Los enfoques sobre las variables a estudiar son amplios y existe mucha información al respecto, lo que deseamos es brindar un aporte a la institución y por ende a los beneficiarios.

Bases antropológicas

La antropología proviene de anthropos (hombre) y logos (conocimiento), de ahí que la antropología está orientada al conocimiento del hombre. La selección de personal tiene mucho tiempo de estudio, sin embargo la aplicación en cada empresa es un tema particular y se presentan muchas dificultades, dependiendo de las condiciones en las que se pretenda hacer.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Ámbito

El Instituto Nacional de Salud del Niño, antiguo Hospital del Niño, es un centro de salud pública, de alto nivel de complejidad médica, situado en el distrito de Breña de la ciudad de Lima, en el Perú, donde es considerado como la primera institución pediátrica de referencia. Pertenece al sistema de salud del Minsa; específicamente su localización es en la Avenida Brasil N° 600, distrito de Breña, Lima; teniendo las Coordenadas: 12°03'53"S 77°02'46" O. Actualmente su Clasificación es un Instituto especializado (Categoría III-2).

3.2. Población

La población estuvo compuesta por personal médico y administrativo relacionados con el SGINSN.

3.3. Muestra

La muestra que se utilizó en la presente investigación, estuvo compuesta por el personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología, que de acuerdo a información de la Oficina de Estadística está distribuido de la siguiente manera:

TIPO DE PERSONAL	CANTIDAD
Directivo	2
Personal administrativo	3
Personal no administrativo	2
Médicos (de todo nivel y tipo)	8
Enfermeras	15
Técnicas de enfermería	10
TOTAL	40

3.4. Nivel y tipo de estudio

El presente trabajo fue del tipo descriptivo-correlacional. Descriptiva porque busca conocer los resultados en un periodo determinado y correlacional porque permite determinar si la variable independiente tiene efecto sobre la variable dependiente.

Para búsqueda del conocimiento del presente se elige el enfoque cualitativo y cuantitativo, según Hernández (2010).

Asimismo, el estudio también fue de tipo exploratorio, ya que el objeto fue analizar la Gestión de Servicios de Salud en los Procedimientos Quirúrgicos en el SGINSN.

También fue aplicado porque se analizó una situación ó realidad problemática para posteriormente llegar a una conclusión y proponer alternativas de solución.

3.5. Diseño de investigación

Se utilizó el diseño no experimental, descriptivo-correlacional. Se emplearon los siguientes métodos:

Método descriptivo – explicativo: Para lograr una mejor comprensión de la realidad en la gestión de servicios de salud y los procedimientos endoscópicosSGINSN.

Método analítico – sintético: Permitieron precisar las posibles causas y soluciones de la problemática planteada. Nos brinda un enfoque pasado, presente y futuro de la institución, se procede a efectuar el análisis para luego obtener una síntesis de los aspectos relevantes referidos a la gestión de servicios de salud en el INSN y en el Servicio de Gastroenterología específicamente.

3.6. Técnicas e instrumentos

Se emplearon los siguientes instrumentos de recolección de datos:

- Guía de observación
- Cuestionario

Se usó el cuestionario, que se aplicó a la muestra calculada. Los datos serán procesados en el Software EstadísticoSPSSV20.0 donde fueron ordenados, tabulados y clasificados. Este programa se utilizó para obtener porcentajes, frecuencias, desviación estándar, entre otros datos estadísticos necesarios para la investigación. Los datos fueron analizados y presentados mediante la utilización de gráficos y cuadros para datos cuantitativos.

3.7. Validación y confiabilidad del instrumento

Los instrumentos fueron validados por Juicio de Expertos, quienes validaron el instrumento, coincidiendo en calificar al instrumento como excelente con respecto a su relevancia, coherencia, suficiencia y claridad; quienes llegaron a la determinar como resultado final el 86% de aprobación en promedio. El equipo de expertos estuvo conformado por:

1. Mg. Juan Carlos Centurión Portales
2. Dr. Francisco Garces García
3. Mg. Maida Osoria Barcelay
4. Mg. Aldo Reyes Viviano
5. Mg. Margarita Ruiz Blanco

Se realizó además una prueba piloto con el propósito de evaluar el comportamiento del instrumento en el momento de la toma de datos para la consistencia del contenido, donde se utilizó la prueba de confiabilidad de Alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna del cuestionario.

El coeficiente Alfa de Cronbach arrojó un valor de 0,800; indicando que el instrumento utilizado es confiable para los fines de nuestra investigación.

3.8. Procedimiento

Para la presentación se usaron cuadros en los que en forma numérica se podrá visualizar las características resaltantes del estudio. Se utilizaron gráficos de barras para presentar en forma visual las diferencias entre las variables relacionadas. Se utilizaron tablas de frecuencias para variables cuantitativas y los datos obtenidos se presentan en los gráficos rectangulares donde se emplearán las frecuencias.

3.9. Tabulación

Para el análisis de los datos, se empleó las frecuencias absolutas, en cual se observaron los valores de las variables que se obtuvieron después de realizar la tabulación de datos. El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS. Versión 23 y Microsoft Word y Excel. El análisis descriptivo se presentó en tablas y figuras de frecuencia y por dimensiones, con su respectiva interpretación. Además, para el análisis inferencial se aplicó la prueba de Chi 2, debido a que la Escala Valorativa de las variables fue ordinal, teniendo en cuenta el nivel de significancia de 95% y con un P valor menor de 0.05.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis descriptivo

a. Resultados del trabajo de campo

El instrumento (encuesta) fue aplicado al personal médico y administrativo del SGINSN a quienes se les aplicó la encuesta según la siguiente distribución:

Distribución de la muestra

TIPO DE PERSONAL	CANTIDAD
Directivo	2
Personal administrativo y no administrativo	5
Enfermeras	15
Médicos de diferentes niveles	8
Técnicas de Enfermería	10
TOTAL	40

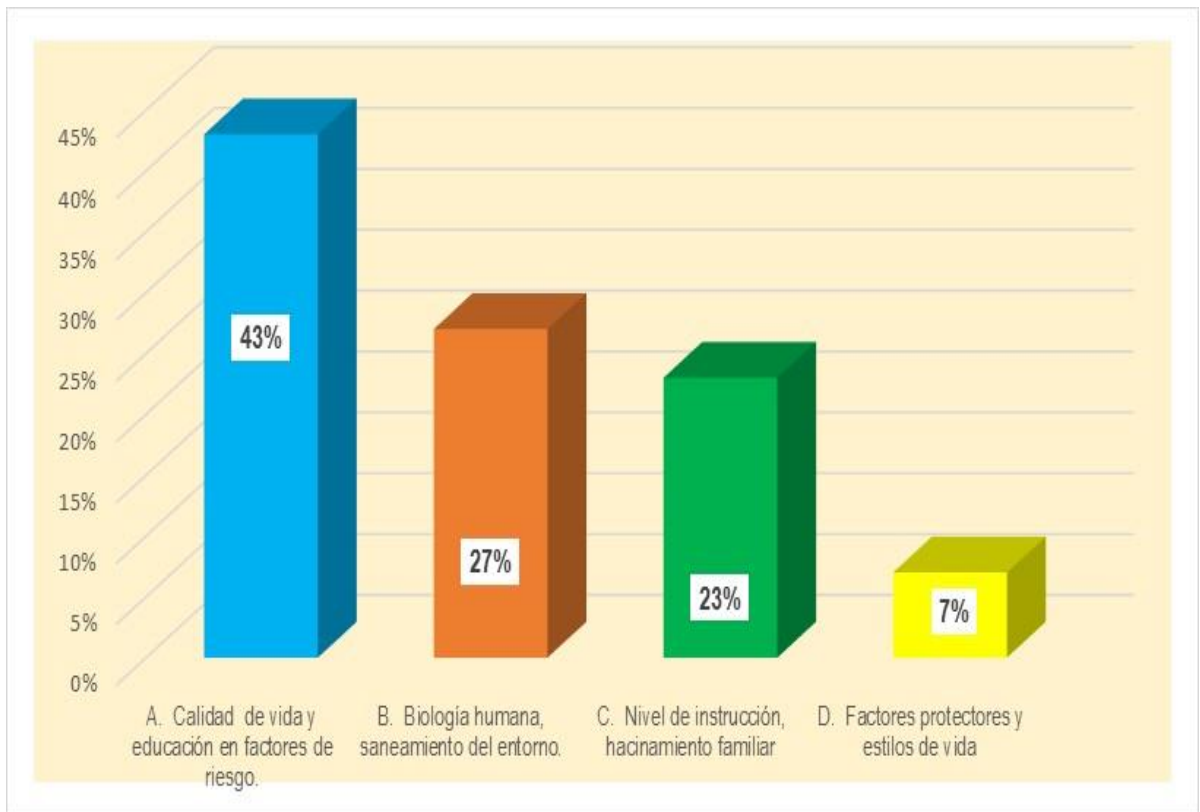
Fuente: Elaboración Propia, 2013

Tabla N° 1: Conocimiento de los Factores determinantes de la salud, según la perspectiva de Maurice Lalonde.

a) Cuadro estadístico

CRITERIOS		f	%
A. Calidad de vida y educación en factores de riesgo.	A	17	43
B. Biología humana, saneamiento del entorno.	B	11	27
C. Nivel de instrucción, hacinamiento familiar	B	9	23
D. Factores protectores y estilos de vida	C	3	7
TOTAL		40	100

b) Gráfico



Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

c) Análisis e interpretación

A la pregunta según el concepto de Maurice Lalonde relacionada a los factores determinantes de la salud, las respuestas de los encuestados de la muestra se diversifican de la siguiente manera: 43% indican que dichos factores se sustentan en la calidad de vida y la educación en factores de riesgo; 27% señalan que es la biología humana y el saneamiento del entorno; 23% encuestados manifiestan que los factores son el nivel de instrucción y el hacinamiento familiar, y el 7% de encuestados restantes señalan a los factores protectores y estilos de vida.

Observamos que el 43% de los encuestados tiene una formación académica muy aceptable al acertar con la propuesta de Lalonde, que establece que los factores determinantes de la salud son básicamente la calidad de vida y la educación en factores de riesgo.

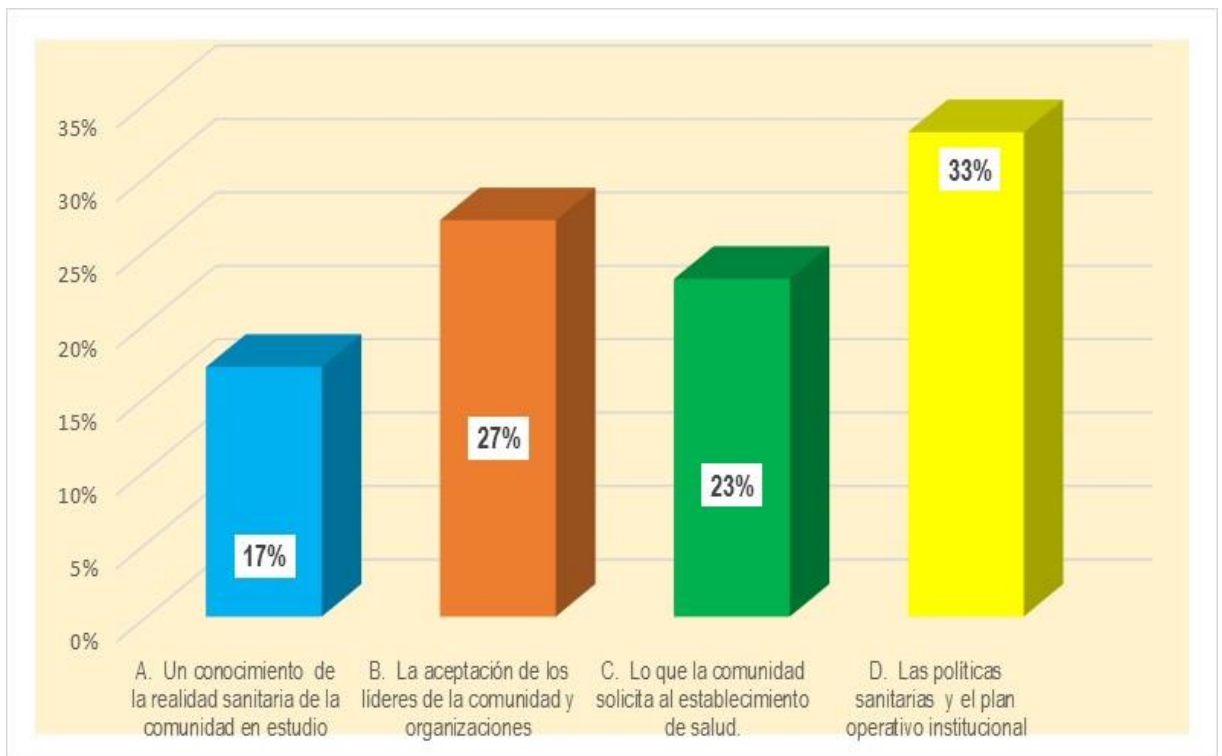
Tabla N° 02

Acciones de los profesionales del Servicio de Gastroenterología para el cuidado de la salud

a) Cuadro estadístico

CRITERIOS	F	%
A. Conocimiento de la realidad sanitaria de la comunidad en estudio	7	17
B. La aceptación de los líderes de la comunidad y organizaciones	11	27
C. Lo que la comunidad solicita al establecimiento de salud.	9	23
D. Las políticas sanitarias y el plan operativo institucional	13	33
TOTAL	40	100

b) Gráfico



Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

c) Análisis e interpretación

Con relación a las acciones de los profesionales en el cuidado de la salud comunitaria; 17% encuestados indican que dichas acciones se fundamentan en el conocimiento de la realidad sanitaria; el 27% manifiestan que tales acciones se orientan a la aceptación de los líderes de la comunidad y las organizaciones comunales; 23% señalan las acciones se determinan por la solicitud de la comunidad al establecimiento de salud y finalmente 33% encuestados indican que el personal está condicionado por las políticas sanitarias y el plan operativo institucional.

Sólo el 17% de los encuestados ha respondido correctamente al señalar que las acciones de los profesionales están determinadas por el conocimiento de la realidad sanitaria de la comunidad en estudio

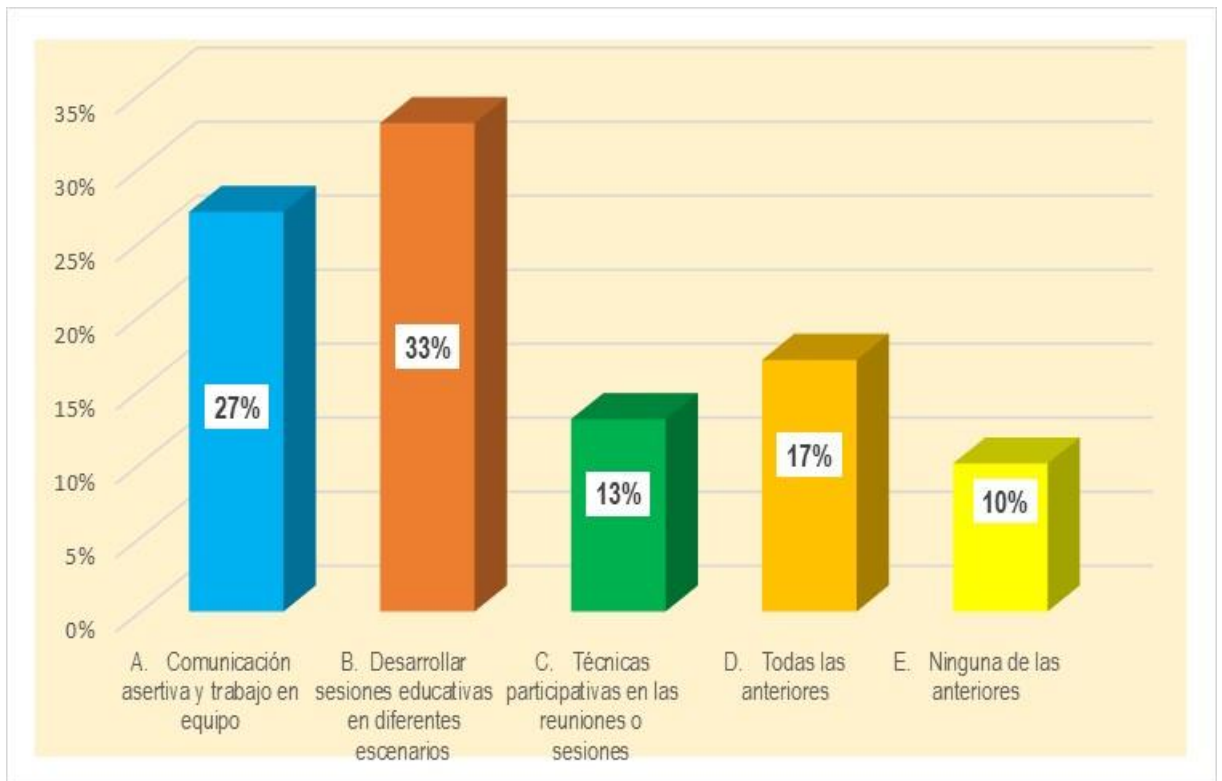
Tabla N° 03

El cuidado de la salud requiere

a) Cuadro estadístico

CRITERIOS	F	%
A. Comunicación asertiva y trabajo en equipo	11	27
B. Desarrollar sesiones educativas en diferentes escenarios	13	33
C. Técnicas participativas en las reuniones o sesiones	5	13
D. Todas las anteriores	7	17
E. Ninguna de las anteriores	4	10
TOTAL	40	100

b) Gráfico



Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

c) Análisis e interpretación

Sobre los dominios que debe tener el personal del SGINSN. El 27% señalan como dominios infaltables a la comunicación asertiva y al trabajo en equipo; 33% indican imprescindible al desarrollo de sesiones educativas en la comunidad; 13% opinan que son requisitos el dominio de las técnicas participativas en las reuniones con la comunidad; 17% señalan que son requisitos todas las alternativas descritas, mientras que 10% indican que no hay alternativa indispensable como dominio del personal de enfermería.

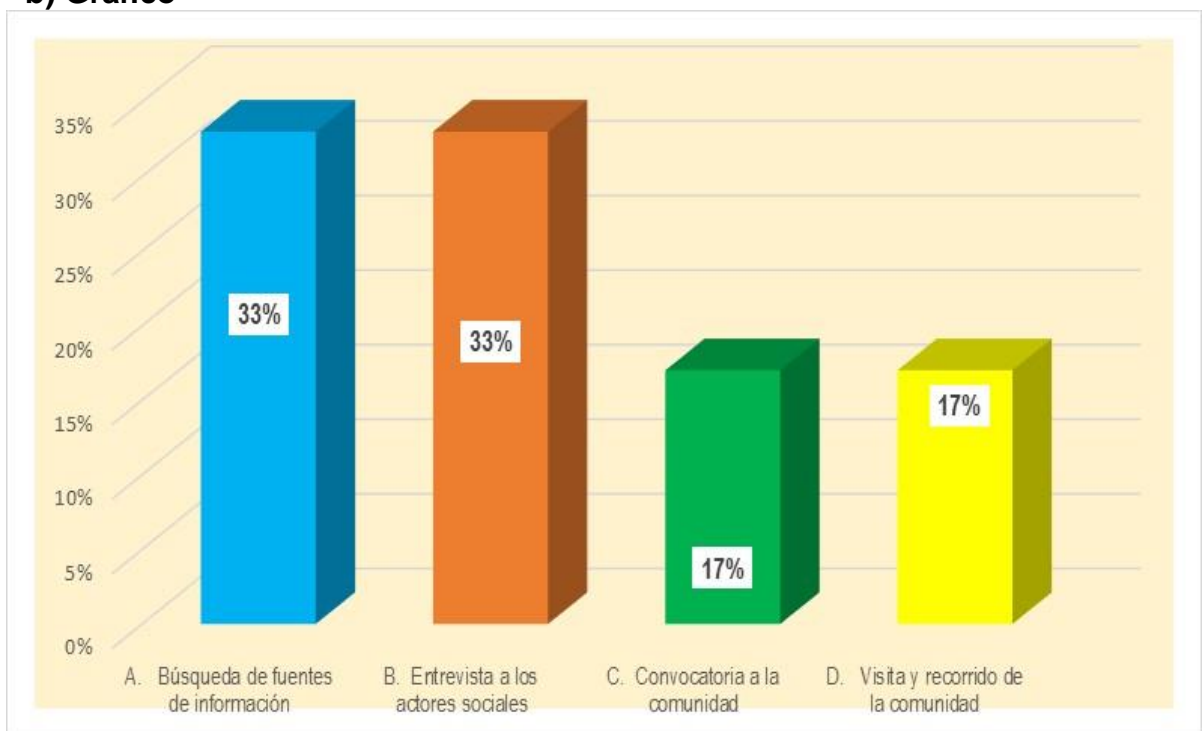
Sólo el 17% de los encuestados de la muestra ha respondido adecuadamente al señalar que son todas las alternativas las que califican al personal del SGINSN para desempeñarse con eficiencia en el cuidado de la salud comunitaria.

Tabla N° 04
Inicio del cuidado de la Salud

a) Cuadro estadístico

CRITERIOS	F	%
A. Búsqueda de fuentes de información	13	33
B. Entrevista a los actores sociales	13	33
C. Convocatoria a la comunidad	7	17
D. Visita y recorrido de la comunidad	7	17
TOTAL	40	100

b) Gráfico



Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

c) Análisis e interpretación

Las respuestas de los encuestados de la muestra se distribuyen de la siguiente manera: 33% de ellos señalan que el cuidado de la salud comunitaria se inicia con la búsqueda de información pertinente; otros 33% indican que se inicia con entrevistas a los actores sociales de una comunidad; 17% encuestados

manifiestan que primero se debe convocar a la comunidad para conocer sus problemas sanitarios, y los 17% encuestados restantes señalan que debe en primera instancia visitar y recorrer la comunidad.

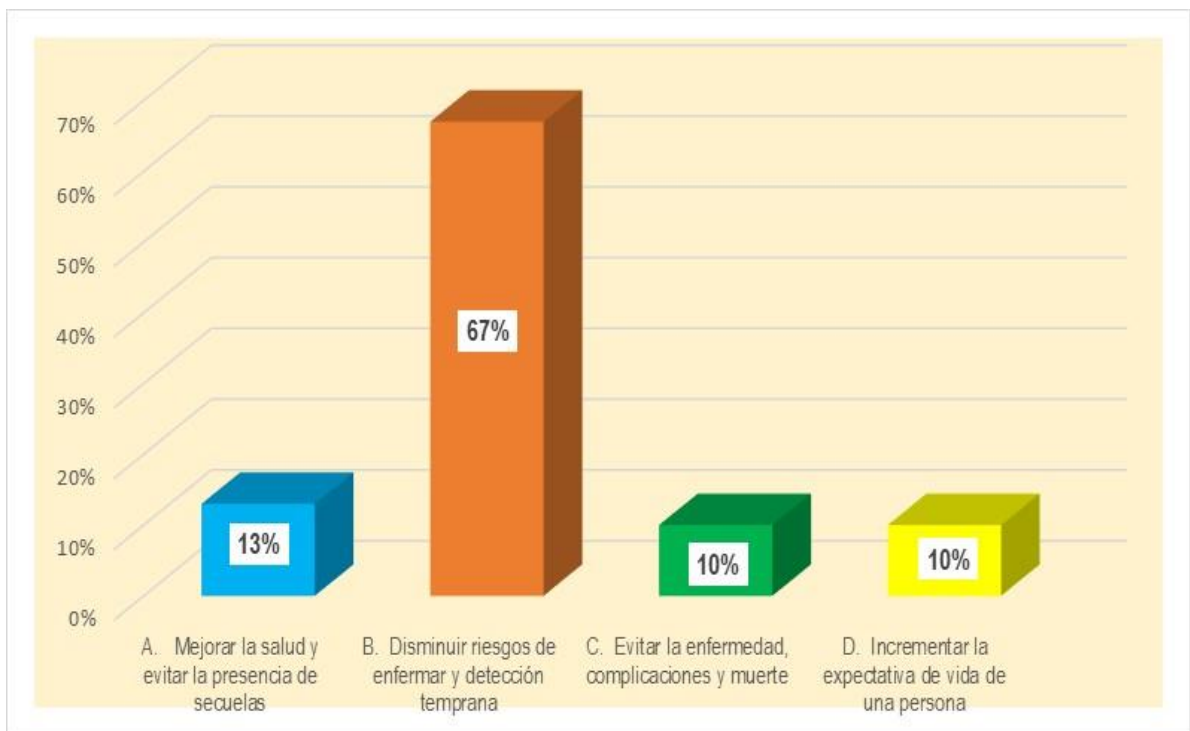
Una cantidad pequeña de 17% encuestados responde acertadamente de que el cuidado de la salud comunitaria tiene su punto de partida en la visita y recorrido del personal por la comunidad misma, esto implica muy a las claras que la formación académica del estudiante tiene un soporte social.

Tabla N° 05
Acciones de prevención

a) Cuadro estadístico

CRITERIOS	F	%
A. Mejorar la salud y evitar la presencia de secuelas	5	13
B. Disminuir riesgos de enfermar y detección temprana	27	67
C. Evitar la enfermedad, complicaciones y muerte	4	10
D. Incrementar la expectativa de vida de una persona	4	10
TOTAL	40	100

b) Gráfico



Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

c) Análisis e interpretación

Preguntados los encuestados de la muestra sobre la dirección de las acciones de prevención de enfermedades; 13% indican que deben orientarse a mejorar la salud y evitar la presencia de secuelas de las enfermedades; 67% opinan que la prevención es disminuir los riesgos de enfermar y su temprana detección; 10% encuestados señalan asumir acciones preventivas a fin de evitar las enfermedades, sus complicaciones y la muerte; otros 10% indican que es incrementar las expectativas de vida de los miembros de la comunidad.

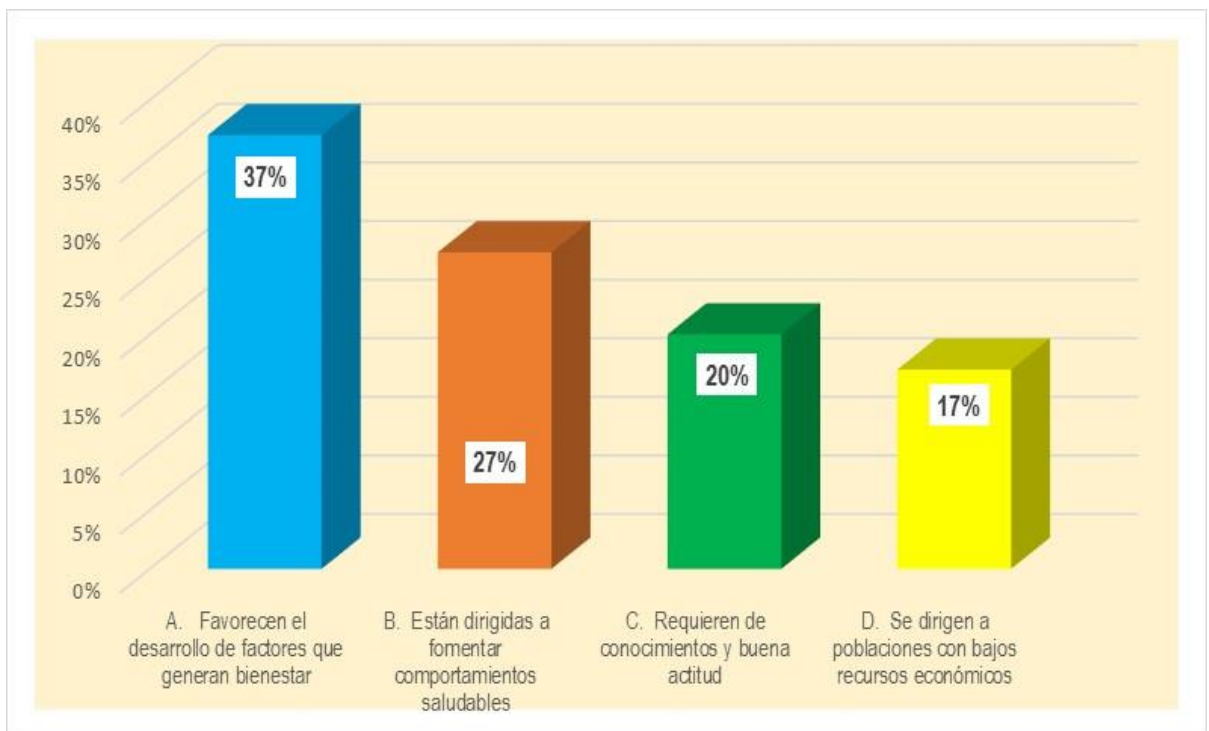
Un porcentaje significativo 67% de encuestados ha respondido correctamente al señalar que las acciones preventivas son en realidad disminuir los riesgos con la detección temprana de las enfermedades dentro del entorno de una comunidad.

Tabla N° 06
Acciones de promoción de la salud

a) Cuadro estadístico

CRITERIOS	F	%
A. Favorecen el desarrollo de factores que generan bienestar	15	37
B. Están dirigidas a fomentar comportamientos saludables	11	27
C. Requieren de conocimientos y buena actitud	8	20
D. Se dirigen a poblaciones con bajos recursos económicos	6	17
TOTAL	40	100

b) Gráfico



Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

c) Análisis e interpretación

Con relación a las acciones de promoción de la salud (relacionados con la gestión de la salud), las respuestas de los participantes de la muestra se distribuyen: 37% encuestados señalan que tales acciones favorecen el desarrollo de factores que generan bienestar; 27% indican están dirigidas a fomentar comportamientos saludables; 20% encuestados sugieren que las acciones requieren de conocimientos y buena actitud, en cambio 17% encuestados manifiestan que la promoción de la salud dirige sus acciones a poblaciones con bajos recursos económicos.

Del total de los encuestados, sólo 27% han acertado en su respuesta al considerar que las acciones de promoción de la salud, están dirigidas a fomentar comportamientos saludables.

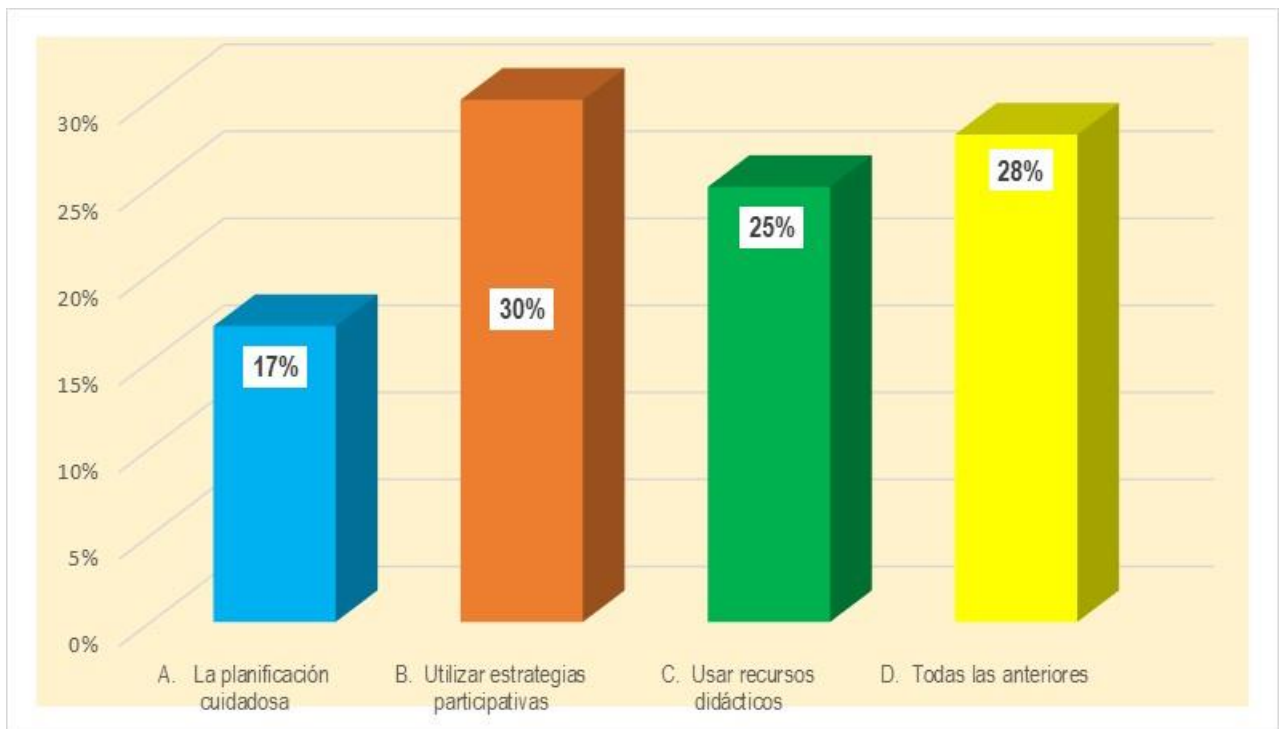
Tabla N° 07

El éxito de las sesiones educativas dirigidas al cuidado de la salud en el Servicio de Gastroenterología se encuentran en:

a) Cuadro estadístico

CRITERIOS	F	%
A. La planificación cuidadosa	7	17
B. Utilizar estrategias participativas	12	30
C. Usar recursos didácticos	10	25
D. Todas las anteriores	11	28
TOTAL	40	100

b) Gráfico



Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

c) Análisis e interpretación

El éxito de las sesiones educativas orientadas al cuidado de la salud en el SGINSN se debe a la planificación cuidadosa para el 17% encuestados de la muestra; para el 30% radica en la utilización de estrategias de participación; el 25% señalan en el uso de recursos didácticos adecuados y, los 28% encuestados restantes opinan que sólo hay éxito si se toman en cuenta todas las alternativas anteriores.

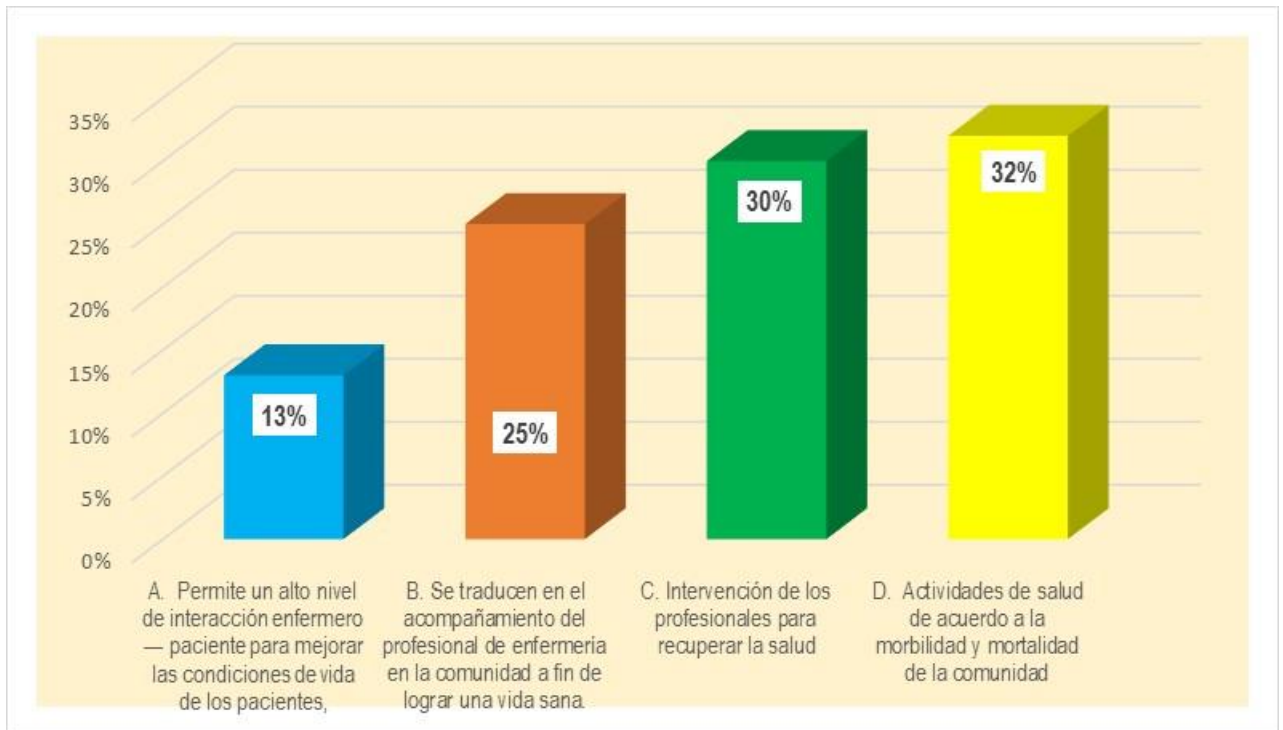
Las respuestas de los encuestados en alguna medida son válidas, sin embargo, se atribuye el éxito de las sesiones educativas con mayor prevalencia a las acciones participativas y en las estrategias, de los miembros de la comunidad.

Tabla N° 08
Estrategias participativas para el cuidado de la salud en el Servicio de Gastroenterología

a) Cuadro estadístico

CRITERIOS	F	%
A. Permite un alto nivel de interacción enfermero — paciente para mejorar las condiciones de vida de los pacientes,	5	13
B. Se traducen en el acompañamiento del profesional de enfermería en la comunidad a fin de lograr una vida sana.	10	25
C. Intervención de los profesionales para recuperar la salud	12	30
D. Actividades de salud de acuerdo a la morbilidad y mortalidad de la comunidad	13	32
TOTAL	40	100

b) Gráfico



Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

c) Análisis e interpretación

En esta tabla, 13% de encuestados, las estrategias participativas permiten un alto nivel de interacción personal-comunidad para mejorar las condiciones de vida de los miembros de la comunidad; en cambio 25% señalan que las estrategias participativas se traducen en el acompañamiento de los profesionales en la comunidad a fin de lograr una vida sana; 30% encuestados indican que dichas estrategias permiten intervenir a los profesionales en la recuperación de la salud de los miembros de la comunidad, y para 32% dichas estrategias constituyen actividades de salud de acuerdo a la morbilidad y mortalidad de la comunidad.

El 13% de los encuestados considera que hay mayor efectividad de las estrategias participativas cuando la interacción con la comunidad se orienta al mejoramiento de las condiciones de vida de ellos.

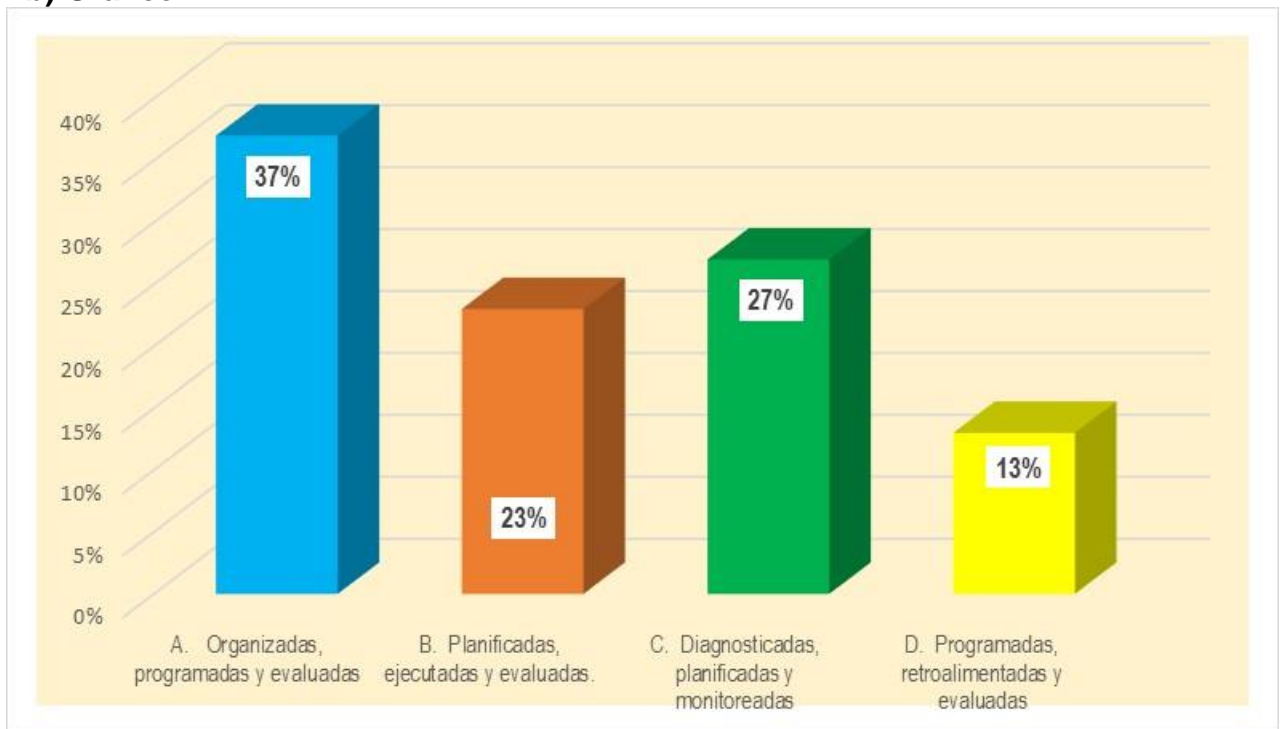
Tabla N° 09

Las estrategias participativas aplicadas en el cuidado de la salud del Servicio de Gastroenterología deben ser:

a) Cuadro estadístico

CRITERIOS	f	%
A. Organizadas, programadas y evaluadas	15	37
B. Planificadas, ejecutadas y evaluadas.	9	23
C. Diagnosticadas, planificadas y monitoreadas	11	27
D. Programadas, retroalimentadas y evaluadas	5	13
TOTAL	40	100

b) Gráfico



Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

c) Análisis e interpretación

A la pregunta sobre las condiciones para una mayor efectividad de las estrategias participativas, las respuestas son las siguientes: 37% encuestados opinan que deben ser organizadas, programadas y evaluadas; 23% señalan que deben ser planificadas, ejecutadas y evaluadas; 27% encuestados sugieren que deben ser diagnosticadas, planificadas y monitoreadas; y para 13% deben ser programadas, retroalimentadas y evaluadas.

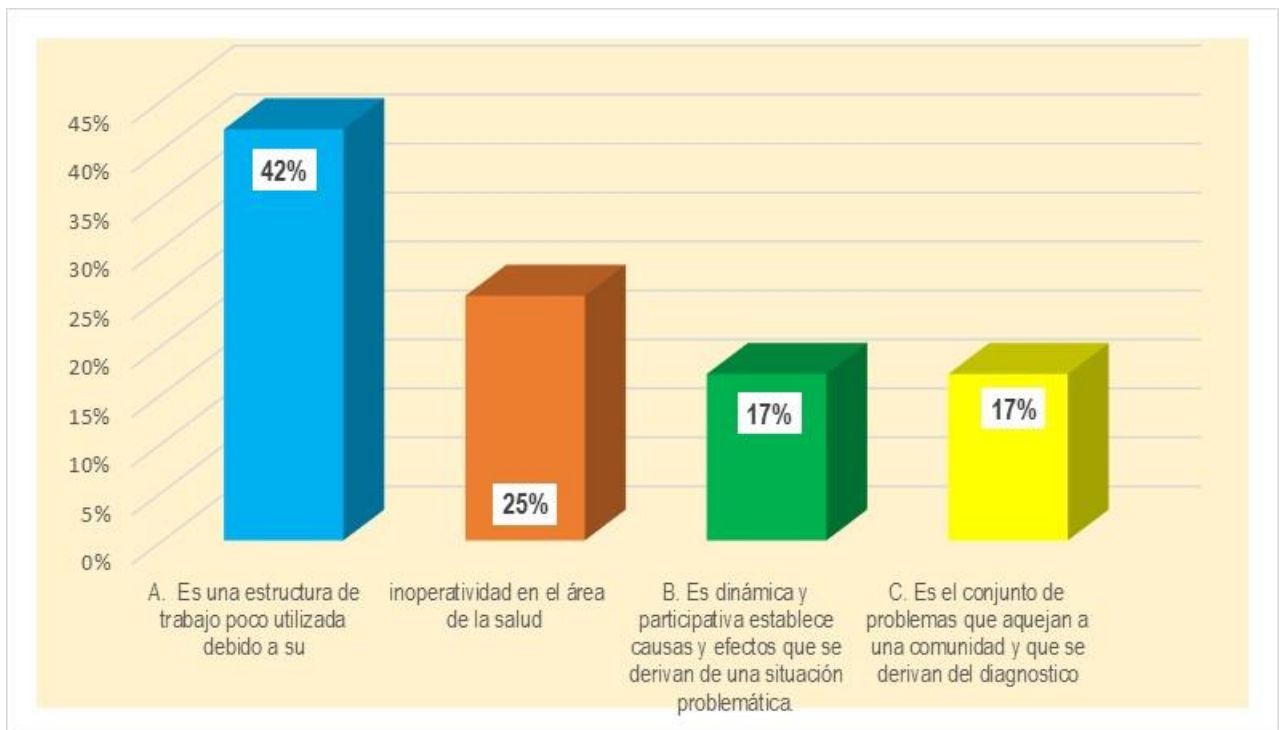
Realmente las estrategias participativas de los profesionales del SGINSN en el cuidado de la salud comunitaria deben ser planificadas, ejecutadas y evaluadas, respuesta que sólo 23% han respondido correctamente.

Tabla N° 10
La estrategia participativa del árbol de problemas

a) Cuadro estadístico

CRITERIOS	F	%
A. Es una estructura de trabajo poco utilizada debido a su inoperatividad en el área de la salud	18	42
B. Es dinámicos y participativos establece causas y efectos que se derivan de una situación problemática.	10	25
C. Es el conjunto de problemas que aquejan a una comunidad y que se derivan del diagnostico	6	17
D. Es una forma rápida y amena de seleccionar problemas más frecuentes	6	17
TOTAL	40	100

b) Gráfico



Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

c) Análisis e interpretación

Las respuestas de los encuestados de la muestra se clasifican de la siguiente manera: 42% aseguran que el árbol de problemas como estrategia participativa es una estructura de trabajo empleada de vez en cuando debido a su poca efectividad; 25% encuestados en cambio, la señalan como una dinámica participativa que permite conocer las causas y los efectos que se derivan de una situación problemática; para 17% encuestados es el conjunto de problemas que aquejan a una comunidad y que se derivan del diagnóstico, y para otros 17% encuestados, es una forma rápida y amena de seleccionar problemas de salud más frecuentes que se presentan en la comunidad.

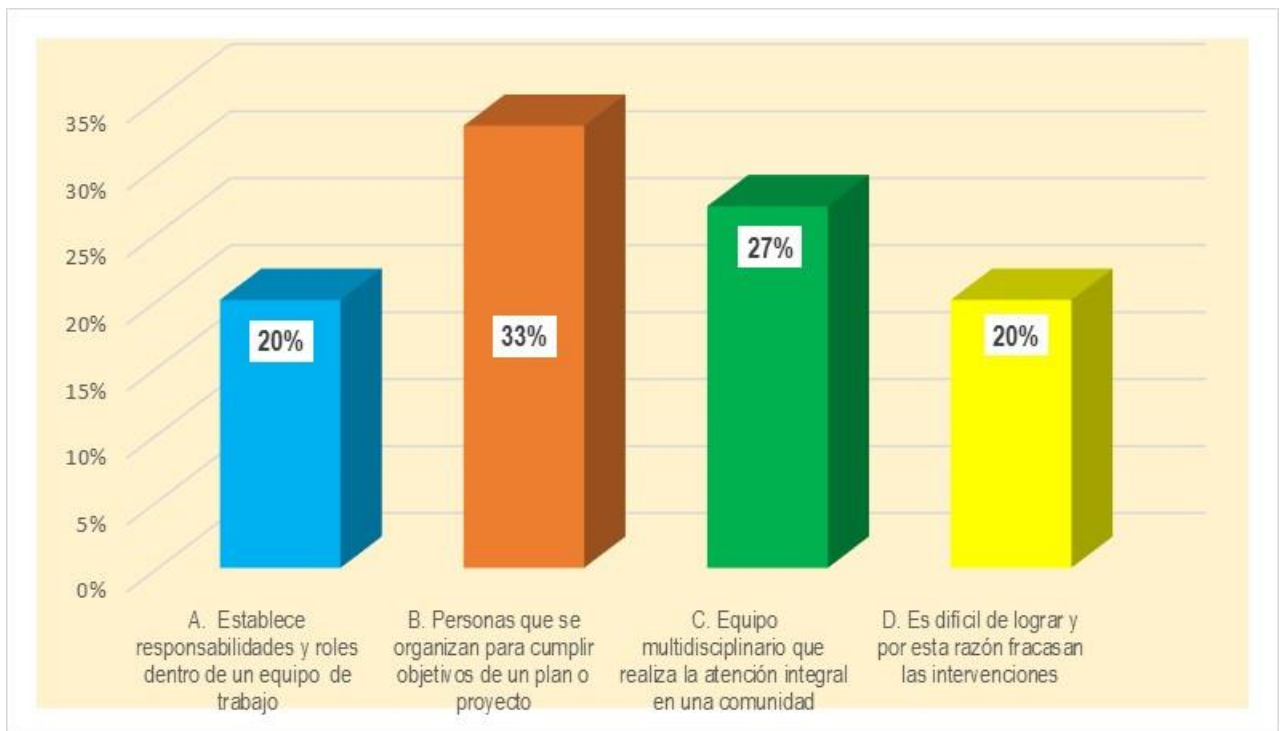
Sólo 25% encuestados han respondido correctamente al señalar que el árbol de problemas constituye como estrategia participativa, una dinámica muy activa del personal y la comunidad para determinar las causas y los efectos que se derivan de una situación problemática referida a la salud.

Tabla N° 11

La estrategia participativa del trabajo en equipo

a) Cuadro estadístico

CRITERIOS	F	%
A. Establece responsabilidades y roles dentro de un equipo de trabajo	8	20
B. Personas que se organizan para cumplir objetivos de un plan o proyecto	13	33
C. Equipo multidisciplinario que realiza la atención integral en una comunidad	11	27
D. Es difícil de lograr y por esta razón fracasan las intervenciones	10	20
TOTAL	40	100

b) Gráfico

Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

c) Análisis e interpretación

El trabajo en equipo como estrategia participativa para 20% encuestados es el establecimiento de las responsabilidades y roles dentro de un equipo de trabajo; para 33% es el conjunto de personas que se organizan para cumplir objetivos de un plan o proyecto; para 27% encuestados es un equipo multidisciplinario que realiza la atención integral de la salud en la comunidad y para los 20% encuestados restantes, el trabajo es inoperante razón por la cual, fracasan las intervenciones en la comunidad.

Hay 33% encuestados que manifiestan que el trabajo en equipo es un grupo de encuestados que se organizan para desarrollar un conjunto de acciones a fin de cumplir determinados objetivos de un plan a desarrolla en una comunidad en la generación de comportamientos saludables.

4.2. Análisis inferencial y contrastación de hipótesis

Contrastación de las hipótesis secundarias.

Hipótesis secundaria 1

Logística y Cuidado de la salud: Vamos a ver si los aspectos relacionados a la logística del Servicio de Gastroenterología (pregunta N° 14) y el cuidado de la salud del Servicio de Gastroenterología (pregunta N°3).

i) Planteamiento de hipótesis

H₀: El eficiente manejo de los recursos logísticos NO favorece la atención en los procedimientos de endoscopia alta y baja en el SGINSN, en el período 2013.

H₁: El eficiente manejo de los recursos logísticos favorece la atención en los procedimientos de endoscopia alta y baja en el SGINSN, en el período 2013.

ii) Nivel de significancia

Nivel de significancia = 5%.

iii) Estadígrafo de prueba.

Usando software SPSS20, encontramos la relación Chi Cuadrado

Tabla N° 12: Tabla de contingencia N° 1

	N observado	N esperado	Residual
En el SGINSN, el servicio de logística El cuidado de la salud del SGINSN se inicia con la:	26	51,3	62,8
Total	52	52,1	-50,7

Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

Tabla N° 13: Resumen datos esperados

	El cuidado de la salud del Servicio de Gastroenterología se inicia con la:			Total	
	Muy de acuerdo	De acuerdo	No sabe, no opina		
En el SGINSN el servicio de logística	Muy de acuerdo	7	4	0	11
	De acuerdo	2	6	3	11
	No sabe, no opina	1	2	1	4
	En desacuerdo	13	37	7	57
	Muy en desacuerdo	2	7	2	11
Total	25	56	13	94	

Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

Tabla N° 14: Estadísticos de contraste

	En el SGINSN, el servicio de logística	El cuidado de la salud del SGINSN se inicia con la:
Chi-cuadrado	12,471 ^a	12,307 ^b
Gl	8	8
Sig. asintót.	,000	,000

a. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 59.3.

b. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 43.8.

Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

El Chi Cuadrado de prueba = 12,471

iv) Decisión

Como Chi cuadrado de prueba = 12,471 > 0.05 (nivel de significancia), por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1.

v) Conclusión

Al 5% de significancia podemos establecer que el eficiente manejo de los recursos logísticos favorece la atención en los procedimientos de endoscopia alta y baja en el SGINSN, en el período 2013.

Hipótesis secundaria 2.-

Se evalúan aspectos relacionados a la asignación de recursos financieros (pregunta N° 13) y la atención de procedimientos de colocación de gastrostomía con endoscopia en el SGINSN (pregunta N° 2).

i) Planteamiento de hipótesis

H₀: La asignación oportuna de recursos financieros NO influye favorablemente en una mayor acción de procedimientos de Gastrostomía endoscópica en el SGINSN, en el período 2013.

H₁: La asignación oportuna de recursos financieros influye favorablemente en una mayor acción de procedimientos de Gastrostomía endoscópica en el SGINSN, en el período 2013.

ii) Nivel de significancia

Nivel de significancia = 5%.

iii) Estadígrafo de prueba.

Usando software SPSS 20, encontramos la relación Chi Cuadrado como se muestra a continuación.

Tabla N° 15: Tabla de contingencia N° 2

	N observado	N esperado	Residual
EI SGINSN	26	50,2	56,7
Las acciones de los profesionales para el cuidado de la salud del SGINSN están determinadas por	26	51,7	-51,2
Total	52		

Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

Tabla N° 16: Resumen datos esperados

		Las acciones del profesional de gastroenterología para el cuidado de la salud del SGINSN están determinadas por			Total
		Muy de acuerdo	De acuerdo	No sabe, no opina	
EISGINSNIN SN	Muy de acuerdo	4	4	3	11
	De acuerdo	6	2	3	11
	No sabe, no opina	2	1	1	4
	En desacuerdo	23	27	7	57
	Muy en desacuerdo	2	7	2	11
Total	25	56	13	94	

Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

Tabla N° 17: Estadísticos de contraste

	SGINSN	Acciones de los profesionales para el cuidado de la salud del SGINSN están determinadas por
Chi-cuadrado	16,102 ^a	18,302 ^b
Gl	8	8
Sig. asintót.	,000	,000

a. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 59.3.

b. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 43.8.

Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

El Chi Cuadrado de prueba = 16,102

iv) Decisión

Como Chi cuadrado de prueba = 16,102 > 0.05 (nivel de significancia), por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1.

v) Conclusión

Al 5% de significancia podemos establecer que la asignación oportuna de recursos financieros influye favorablemente en una mayor atención de procedimientos de Gastrostomía endoscópica en el SGINSN, en el período 2013.

4.3. Discusión de resultados

Contrastación de los resultados del trabajo de campo

Luego de realizado el análisis estadístico de los datos obtenidos en el instrumento, se llegaron a los siguientes resultados:

- Una Gestión de Servicios de Salud adecuada y eficiente influye favorablemente en los Procedimientos Quirúrgicos en el SGINSN, en el período 2013.
- El manejo eficiente de los recursos logísticos favorece la atención en los procedimientos de endoscopía alta y baja en el SGINSN, en el período 2013.
- La asignación de recursos financieros en forma oportuna influye favorablemente en una mayor atención de procedimientos de colocación de gastrostomía con endoscopía en el SGINSN, en el período 2013.

b) Contrastación de la hipótesis general en base a la prueba de hipótesis.

Procedimiento: Para la prueba de hipótesis fue necesario establecer la correlación entre las variables de estudio (VI: Gestión de Servicios de Salud y VD: Procedimientos Quirúrgicos en el Servicio de Gastroenterología) para demostrar la relación directa que existe entre las variables, por lo que cuanto más cercana se encuentra el coeficiente de correlación de Chi cuadrado a la unidad nos demostrará una buena correlación y el signo positivo nos establecerá la relación directa.

El coeficiente de correlación para éste caso es el mejor indicador para validar la relación directa entre las variables.

$H_0 =$ Una adecuada Gestión de Servicios de Salud **no** influye favorablemente en los Procedimientos endoscópicos en el SGINSN, en el período 2013.

$H_1 =$ Una adecuada Gestión de Servicios de Salud influye favorablemente en los Procedimientos Endoscópicos en el SGINSN, en el período 2013.

Nivel de significancia: 5%.

Estadígrafo de prueba.

Usando software SPSS20, encontramos la relación Chi Cuadrado como se muestra a continuación.

Tabla N° 19 :Tabla de contingencia N° 3

	N observado	N esperado	Residual
El éxito de las sesiones educativas dirigidas al cuidado de la salud en el SGINSN se encuentran en	26	56,9	71,1
El cuidado de la salud del SGINSN se inicia con la	26	52,8	-51,7
Total	52		

Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

Tabla N° 20 : Resumen datos esperados

	El cuidado de la salud del Servicio de Gastroenterología se inicia con la					Total
	Muy de acuerdo	De acuerdo	No sabe, no opina	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	
El éxito de las sesiones educativas dirigidas al cuidado de la salud en el SGINSN se encuentran en	Muy de acuerdo 6	De acuerdo 1	No sabe, no opina 4	En desacuerdo 23	Muy en desacuerdo 21	55
	De acuerdo 3	De acuerdo 4	No sabe, no opina 3	En desacuerdo 10	Muy en desacuerdo 7	27
	No sabe, no opina 0	De acuerdo 0	No sabe, no opina 2	En desacuerdo 6	Muy en desacuerdo 4	12
Total	9	5	9	39	32	94

Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

Tabla N° 21 :Estadísticos de contraste

	El éxito de las sesiones educativas dirigidas al cuidado de la salud en el SGINSN se encuentran en	El cuidado de la salud del SGINSN se inicia con la
Chi-cuadrado	11,301 ^a	10,587 ^b
Gl	8	8
Sig. asintót.	,000	,000

a. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 59.3.

b. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 43.8.

Fuente: Encuesta aplicada a personal médico y administrativo del Servicio de Gastroenterología del INSN. Elaboración propia (2013).

El Chi Cuadrado de prueba = 11,301

Decisión

Como Chi cuadrado de prueba = 11,301 > 0.05 (nivel de significancia), por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1.

Conclusión

Al 5% de significancia podemos establecer que una adecuada Gestión de Servicios de Salud influye favorablemente en los Procedimientos Endoscópicos en el SGINSN, en el período 2013.

4.4. Aporte de la investigación

La investigación desarrollada tiene entre otros los siguientes aportes de rigor científico:

- Conocer la problemática de los procedimientos endoscópicos en el SGINSN.
- Identificar cómo se viene dando la gestión de servicios de salud en el SGINSN.
- Conocer la importancia que tiene una buena gestión en un servicio de endoscopías como el SGINSN.
- Conocer la relación existente entre estas variables.

- Saber qué requisitos mínimos deben tener los profesionales y de qué recursos deben estar dotados los servicios para brindar una eficiente y eficaz atención al paciente.

CONCLUSIONES

Luego de culminar la investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Se pudo determinar que si se realiza una adecuada Gestión de Servicios de Salud entonces ésta situación influye favorablemente en el manejo de los Procedimientos Endoscópicos en el SGINSN, en el período 2013.
2. Se logró establecer que cuando se logra un manejo eficiente de los recursos logísticos, revierte en una mejora en la atención en los procedimientos de endoscopía alta y baja en el SGINSN el período 2013.
3. Se determinó que cuando se consigue gestionar eficientemente los recursos financieros que tiene asignados la institución, influye favorablemente en mejor atención de los procedimientos de colocación de gastrostomía endoscópica en el SGINSN, en el período 2013.

RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

1. Se recomienda optimizar la Gestión de Servicios de Salud, pues esto mejoraría sustancialmente los Procedimientos Endoscópicos en el Servicio de Gastroenterología del Instituto Nacional de Salud del niño, se podría lograr optimizando el uso de recursos, redistribuyendo eficientemente los turnos de personal, analizando las necesidades del servicio y solicitando oportunamente los requerimientos, entre otras acciones.
2. Con el fin de lograr un manejo eficiente de los recursos logísticos y que esto se ve revertido en una mejora en la atención en los procedimientos de endoscopia alta y baja en el Servicio de Gastroenterología en el Instituto Nacional de Salud del Niño, es necesario que esta institución de salud cuente con personal especializado y de experiencia comprobada en el manejo de recursos logísticos.
3. Con la finalidad de gestionar eficientemente los recursos financieros que tiene asignados la institución, y que esto incida favorablemente en una mayor y mejor atención de los procedimientos de colocación de gastrostomía en el Servicio de Gastroenterología en el Instituto Nacional de Salud del Niño, es necesario hacer un estudio financiero sobre las necesidades del servicio y solicitar las partidas necesarias en forma oportuna para ser asignadas al servicio y ser utilizadas en su momento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castellano R. (2000). Estrategias sociales y económicas para recuperar la salud mediante una intervención quirúrgica en el Hospital Casimiro Ulloa. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
2. Corella, J.(1996) La Gestión de servicios de salud. Cap 11. Madrid, Díaz de Santos.
3. Cromwell, E. (2005). La salud como soporte de vida. Barcelona: Edit. Kapelusz.
4. Hernández Sampieri,R. Carlos Fernández Collado, Pilar Balpista Lucio (2010). Metodología de la Investigación:. Quinta edición 2010, México.
5. Jaramillo J. (1998) Gerencia y administración de servicios médicos y hospitales. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, Editora Nacional de Salud y Seguridad Social.
6. LembckePA. Medición de la calidad de la atención médica mediante estadísticas vitales basadas en áreas de servicio hospitalario: 1. Estudio comparativo de las tasas de apendicectomía. En: Buck C, Llopis
7. López, C. (2003). Atención primaria de salud. Madrid: Edit. Narcea.
8. OMS (1999). Salud en el siglo XX. Revista trimestral
9. Pérez. I. (2005). El cuidado de la salud en los Pueblos Jóvenes de Lima Metropolitana. (Tesis de maestría). Universidad Peruana Unión, Lima.
10. Pollit, Edwin. (2002). Desnutrición, pobreza y salud.México: Edit. Troquel.
11. Ríos N. (1987) Estadísticas Hospitalarias. Indicadores de Salud Pública. Selección de artículos. ISCM-H. Facultad de Salud Pública, Ciudad de La Habana, 1987: 93-108
12. Salazar, M (1990), Sistema de Información Gerencial: Marco Referencial de Desarrollo, Serie Documentos Técnicos, no. 12, PSDCG-T.12.
13. Sellera, L. (2001). Salud, prevención y recuperación. México:Edit. Trillas.

14. Tarazona P. (2007). Formación competencial para la atención en el pre y post operatorio de operaciones cerebro vasculares.(Tesis de maestría). Universidad Peruana Unión, Lima.
15. Verástegui, J. (2006). Participación personal de enfermería en las acciones preliminares del diagnóstico médico. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima
16. Astudillo (2012) “Fortalecimiento de la calidad de atención del servicio de endoscopía digestiva del hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS Loja período comprendido enero-julio 2011”. Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja. Recuperado de:
<http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3522/1/Astudillo%20Ontaneda%20Veronica%20Isabel.pdf>
17. Urdaneta (2009) “Calidad de atención del Servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas, Caracas”. Tesis. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello. Recuperado de:
<http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAQ5928.pdf>
18. Escalante (2010). Tópicos secretos de medicina interna: Gastroenterología. Lima: USMP.
19. Escalante (2012). Procedimientos diagnósticos de imágenes en gastroenterología. Lima: USMP.
20. Csendes A. Fisiopatología y clínica de los trastornos motores del esófago. En: Braghetto I, Csendes A: Patología benigna de esófago. 1ra ed. Santiago de Chile.

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

TITULO: “Importancia de la Gestión de Servicios de Salud en los Procedimientos Endoscópicos el Servicio de Gastroenterología en el Instituto Nacional de Salud del Niño, en el período 2013”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p><u>PRINCIPAL</u></p> <p>¿De qué manera la Gestión de Servicios de Salud influye en los Procedimientos Quirúrgicos en el Servicio de Gastroenterología en el Instituto Nacional de Salud del Niño, en el período 2011?</p> <p><u>SUB PROBLEMA</u></p> <p>1. ¿De qué manera un apropiado manejo de los recursos logísticos influye el incremento de atención en los procedimientos de endoscopia alta y baja en el Servicio</p>	<p><u>GENERAL</u></p> <p>Determinar si una adecuada Gestión de Servicios de Salud influye en los Procedimientos Quirúrgicos en el Servicio de Gastroenterología en el Instituto Nacional de Salud del Niño, en el período 2011.</p> <p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</u></p> <p>1. Establecer si con un eficiente manejo de los recursos logísticos se puede incrementar la atención en los procedimientos de</p>	<p><u>PRINCIPAL</u></p> <p>Una adecuada Gestión de Servicios de Salud influye favorablemente en los Procedimientos Quirúrgicos en el Servicio de Gastroenterología en el Instituto Nacional de Salud del Niño, en el período 2011.</p> <p><u>SUB HIPÓTESIS</u></p> <p>1. El eficiente manejo de los recursos logísticos favorece la atención en los procedimientos de endoscopia alta y baja en el Servicio</p>	<p><u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u></p> <p>Gestión de servicios de salud</p> <p><u>VARIABLE DEPENDIENTE</u></p> <p>Procedimientos endoscópicos</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Recursos logísticos Recursos financieros</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Procedimientos de endoscopia alta y baja</p> <p>Procedimientos de colocación de gastrostomía con endoscopio</p> <p>VARIABLE INTERVINIENTE</p>	<p><u>TIPO:</u></p> <p>Descriptiva</p> <p><u>NIVEL:</u> <u>DISEÑO:</u></p> <p>Aplicado - correlacional</p> <p><u>POBLACIÓN</u></p> <p>Pacientes del Servicio de Gastroenterología del INSN</p> <p><u>MUESTRA:</u> 26 personas</p> <p><u>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</u></p>

<p>de Gastroenterología en el Instituto Nacional de Salud del Niño, en el período 2011?</p> <p>2. ¿En qué medida la asignación oportuna de recursos financieros influye en una mayor atención de procedimientos de colocación de gastrostomía con endoscopio en el Servicio de Gastroenterología en el Instituto Nacional de Salud del Niño, en el período 2011?</p>	<p>endoscopia alta y baja en el Servicio de Gastroenterología en el Instituto Nacional de Salud del Niño, en el período 2011.</p> <p>2. Determinar si una asignación oportuna de recursos financieros influye en una mayor atención de procedimientos de colocación de gastrostomía con endoscopio en el Servicio de Gastroenterología en el Instituto Nacional de Salud del Niño, en el período 2011.</p>	<p>de Gastroenterología en el Instituto Nacional de Salud del Niño, en el período 2011.</p> <p>2. La asignación oportuna de recursos financieros influye favorablemente en una mayor atención de procedimientos de colocación de gastrostomía con endoscopio en el Servicio de Gastroenterología en el Instituto Nacional de Salud del Niño, en el período 2011.</p>		<p>Pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional de Salud del Niño</p>	<p>Cuestionario</p> <p><u>PROCEDIMIENTOS</u></p> <p>Software SPSS Estadística Contrastación de Hipótesis</p>
--	--	--	--	--	--

Anexo 03: Instrumento**CUESTIONARIO**

Instrucciones: A continuación, se presentan preguntas relacionadas al cuidado de la salud y su gestión. Conteste con total honestidad, ya que los resultados serán utilizados para mejorar los contenidos y la metodología de la asignatura.

Lea las preguntas y marque con una X la respuesta que considere correcta.

1. Desde la perspectiva de Maurice Lalonde, existen factores determinantes de la salud. Como enfermero/médico usted elegirá intervenir en:

- a) Calidad de vida y educación en factores de riesgo.
- b) Biología humana, saneamiento del entorno.
- c) Nivel de instrucción, hacinamiento familiar.
- d) Factores protectores y estilos de vida

2. Las acciones del profesional de gastroenterología para el cuidado de la salud del Servicio de Gastroenterología están determinadas por:

- a) Un conocimiento de la realidad sanitaria de la comunidad en estudio.
- b) La aceptación de los líderes de la comunidad y organizaciones.
- c) Lo que la comunidad solicita al establecimiento de salud.
- d) Las políticas sanitarias y el plan operativo institucional.

3. El cuidado de la salud del Servicio de Gastroenterología requiere que el profesional tenga los siguientes dominios.

- a) Comunicación asertiva y trabajo en equipo
- b) Desarrollar sesiones educativas en diferentes escenarios

- c) Técnicas participativas en las reuniones o sesiones
- d) Todas las anteriores.

4. El cuidado de la salud del Servicio de Gastroenterología se inicia con la:

- a) Búsqueda de fuentes de información
- b) Entrevista a los actores sociales
- c) Convocatoria a la comunidad
- d) Visita y recorrido de la comunidad.

5. Las acciones de prevención están dirigidas a:

- a) Mejorar la salud y evitar la presencia de secuelas
- b) Disminuir riesgos de enfermar y detección temprana
- c) Evitar la enfermedad, complicaciones y muerte
- d) Incrementar la expectativa de vida de una persona

6. Las acciones de promoción de la salud:

- a) Favorecen el desarrollo de factores que generan bienestar.
- b) Están dirigidas a fomentar comportamientos saludables
- c) Requieren de conocimientos y buena actitud
- d) Se dirigen a poblaciones con bajos recursos económicos

7. El éxito de las sesiones educativas dirigidas al cuidado de la salud en el Servicio de Gastroenterología se encuentra en:

- a) La planificación cuidadosa
- b) Utilizar técnicas participativas
- c) Usar recursos didácticos

d) Todas las anteriores.

8. Las estrategias participativas para el cuidado de la salud en el Servicio de Gastroenterología:

- a) Permite un alto nivel de interacción enfermero — comunidad para mejorar las condiciones de vida de los pacientes,
- b) Se traducen en el acompañamiento del profesional de enfermería en la comunidad a fin de lograr una vida sana.
- c) Intervención de los profesionales para recuperar la salud
- d) Actividades de salud de acuerdo a la morbilidad y mortalidad de la comunidad.

9. Las estrategias participativas aplicadas en el cuidado de la salud del Servicio de Gastroenterología deben ser:

- a) Organizadas, programadas y evaluadas.
- b) Planificadas, ejecutadas y evaluadas.
- c) Diagnosticadas, planificadas y monitoreadas
- d) Programadas, retroalimentadas y evaluadas

10. La estrategia participativa del árbol de problemas:

- a) Es una estructura de trabajo poco utilizada debido a su inoperatividad en el área de la salud
- b) Es dinámica y participativa establece causas y efectos que se derivan de una situación problemática.
- c) Es el conjunto de problemas que aquejan a una comunidad y que se derivan del diagnóstico

- d) Es una forma rápida y amena de seleccionar problemas más frecuentes.

11. La estrategia participativa del trabajo en equipo:

- a) Establece responsabilidades y roles dentro de un equipo de trabajo
- b) Personas que se organizan para cumplir objetivos de un plan o proyecto.
- c) Equipo multidisciplinario que realiza la atención integral en una comunidad
- d) Es difícil de lograr y por esta razón fracasan las intervenciones

12. Una técnica muy utilizada en la educación en salud es la situación simulada, ésta se define como:

- a) Una representación que permite observar con objetividad un fenómeno o hecho.
- b) Una réplica de los hechos o fenómenos del mundo social que vive una comunidad.
- c) Una práctica real de situaciones problemáticas que deben resolverse con la participación de la comunidad.
- d) No es fácil de aplicarse y requiere de mucho tiempo y dinero.

13. El servicio de Gastroenterología del INSN

- a) Cuenta con los suficientes recursos para atender la demanda.
- b) No cuenta con dichos recursos
- c) Los tiene pero no sabe utilizarlos
- d) Todos los anteriores.

14. En el servicio de Gastroenterología del INSN, el servicio de logística

- a) Cumple con su función eficientemente
- b) No abastece como debe ser al servicio
- c) Tiene dificultades administrativas y de gestión
- d) Todos los anteriores.

Anexo 04: Validación del instrumento por jueces

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

Nombre del experto: _____

Especialidad: _____

N°	Preguntas	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD	TOTAL
1	Desde la perspectiva de Maurice Lalonde, existen factores determinantes de la salud. Como enfermero/médico usted elegirá intervenir en:					
2	Las acciones del profesional de gastroenterología para el cuidado de la salud del Servicio de Gastroenterología están determinadas por:					
3	El cuidado de la salud del Servicio de Gastroenterología requiere que el profesional tenga los siguientes dominios.					
4	El cuidado de la salud del Servicio de Gastroenterología se inicia con la:					
5	Las acciones de prevención están dirigidas a:					
6	Las acciones de promoción de la salud:					
7	El éxito de las sesiones educativas dirigidas al cuidado de la salud en el Servicio de Gastroenterología se encuentran en:					
8	Las estrategias participativas para el cuidado de la salud en el Servicio de Gastroenterología:					
9	Las estrategias participativas aplicadas en el cuidado de la salud del Servicio de Gastroenterología deben ser:					
10	La estrategia participativa del árbol de problemas:					
11	La estrategia participativa del trabajo en equipo:					

12	Una técnica muy utilizada en la educación en salud es la situación simulada, ésta se define como:					
13	El servicio de Gastroenterología del INSN					
14	En el servicio de Gastroenterología del INSN, el servicio de logística					

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO () En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()

Firma y Sello del juez

SUJETOS	Sexo	Area de Trabajo	Anti-güedad	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
1	1	1	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	3	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	1	3	5	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	2	3	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
7	2	2	3	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
11	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	2	2	3	5	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	2	2	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
14	1	2	3	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	3	2	4	5	4	5	4	2	4	4	2	4	1	2	4	1
16	2	3	2	1	5	5	4	4	4	5	4	2	4	1	2	4	1
17	1	3	1	5	5	4	4	4	4	4	4	2	5	1	2	4	1
18	2	3	2	5	5	5	4	4	2	4	4	4	5	2	2	4	2
19	2	3	1	5	4	4	4	4	5	4	4	4	5	2	3	4	2
20	2	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	2	2	4	2
21	1	3	2	4	4	5	5	4	2	3	5	4	5	1	2	3	2
22	1	3	2	4	3	4	5	5	4	3	3	4	4	1	2	5	2
23	1	3	2	4	4	5	5	4	5	2	5	4	4	1	2	5	2
24	2	3	1	4	5	4	5	4	2	5	4	4	4	1	3	5	3
25	2	3	2	3	3	5	5	4	4	5	4	3	4	3	4	5	2
26 a 40	1	3	2	2	2	4	5	4	5	5	4	5	4	3	4	5	2

NOTA BIOGRÁFICA



CÉSAR ANÍBAL ALARCÓN OLIVERA

LUGAR DE NACIMIENTO EN LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ DEL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA EL 10 DE AGOSTO DE 1960

ESTUDIÉ MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. POSTERIORMENTE ESTUDIÉ LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA TAMBIÉN EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

EN LA ACTUALIDAD SOY MÉDICO DEL INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO EN LA CIUDAD DE LIMA



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón V Block "A" 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 514760



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAGÍSTER

En el Aula José Villa del local de CEFOSA - Sección Lima, siendo las 03:00 p.m., del día sábado 09.AGO.14, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dra. Verónica Cajas Bravo	Presidente
Dr. Luis Herrera Bay	Secretario
Dra. Nora Casimiro Urcos	Vocal

El (la) aspirante al Grado Académico de Magíster en Gestión Empresarial, Don (ña) César Aníbal ALARCÓN OLIVERA.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: "IMPORTANCIA DE LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, EN EL PERIODO 2011".

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente. Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación del aspirante a Magíster, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente
- d) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

.....
.....

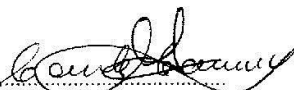
Obteniendo en consecuencia el Maestrísta la Nota de *Diecisiete*..... (17)

Equivalente a *APROBADO*....., por lo que se recomienda.....
(Aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente ACTA en señal de conformidad, en Lima, siendo las *4.50 p.m.* Horas del *09* de *AGOSTO* del 2014.


.....
PRESIDENTE
DNI N° *08343126*.....


.....
SECRETARIO
DNI N° *07863454*.....


.....
VOCAL
DNI N° *06968808*.....

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos del autor de la tesis)

Apellidos y Nombres: BLARCON OLIVERA CESAR ANIBAL

DNI: 10552624 Correo electrónico: _____

Teléfonos Casa _____ Celular _____ Oficina _____

2. IDENTIFICACION DE LA TESIS

Posgrado	
Maestría:	<u>GESTION EMPRESARIAL</u>
Mención:	_____

Grado Académico obtenido:

MAESTRO

Título de la tesis:

IMPORTANCIA DE LA GESTION DE SERVICIO DE SALUD PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, EN EL PERIODO 2011.

Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción de Acceso
<input checked="" type="checkbox"/>	PUBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
<input type="checkbox"/>	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe. por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

() 1 año () 2 años () 3 años () 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasara a ser de acceso público.

Fecha de firma: 11/03/19



Firma del autor