



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**“GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA Y SU RELACIÓN CON  
EL PROCESO DE ATENCIÓN EN INFECCIÓN DE BRONQUITIS  
AGUDA EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS  
EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, 2014”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:**

**ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**PRESENTADO POR:**

**JUANA MARÍA MARCOS ROMERO**

**CHINCHA-ICA-PERU, 2015**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**TESIS**

**“GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO DE ATENCIÓN EN INFECCIÓN DE BRONQUITIS AGUDA EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, 2014”.**

**PARA OPTAR EL TITULO DE  
ESPECIALISTA DE ENFERMERÍA EN  
ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD**

**AUTOR:**

**JUANA MARÍA MARCOS ROMERO**

**PERÚ - 2014**

## **DEDICATORIA**

Con mucho cariño a mi familia, por ser el soporte para cumplir mis metas trazadas.

## **AGRADECIMIENTOS**

A todas las personas que de una u otra manera han intervenido para poder concluir la presente investigación.

## **RECONOCIMIENTO**

A las autoridades de la Universidad Autónoma de Ica, por la buena gestión que vienen realizando en beneficio del perfeccionamiento y actualización de los profesionales de la salud.

## ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RECONOCIMIENTO.....	iv
ÍNDICE.....	v
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	x
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>1</b>
1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	1
1.2. Delimitación de la Investigación.....	3
1.2.1. Delimitación Espacial.....	3
1.2.2. Delimitación Social.....	3
1.2.3. Delimitación Temporal.....	3
1.2.4. Delimitación Conceptual.....	3
1.3. Problemas de Investigación.....	4
1.3.1. Problema Principal.....	4
1.3.2. Problemas Secundarios.....	4
1.4. Objetivos de la Investigación.....	5
1.4.1. Objetivo General.....	5
1.4.2. Objetivos Específicos.....	5
1.5. Hipótesis y Variables de la Investigación.....	5
1.5.1. Hipótesis General.....	5

1.5.2.	Hipótesis Secundarias.....	6
1.5.3.	Variables (Definición conceptual y operacional).....	7
1.6.	Metodología de la Investigación.....	8
1.6.1.	Tipo y Nivel de Investigación.....	8
	a) Tipo de Investigación.....	8
	b) Nivel de Investigación.....	8
1.6.2.	Método y Diseño de la Investigación.....	8
	a) Método de Investigación.....	8
	b) Diseño de Investigación.....	8
1.6.3.	Población y Muestra de La Investigación.....	10
	a) Población.....	10
	b) Muestra.....	10
1.6.4.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	10
	a) Técnicas.....	10
	b) Instrumentos.....	11
1.6.5.	Justificación, Importancia y Limitaciones de la Investigación.	11
	a) Justificación.....	11
	b) Importancia.....	12
	c) Limitaciones.....	13
 <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>		<b>14</b>
2.1.	Antecedentes de la Investigación.....	14
2.2.	Bases Teóricas.....	22
	2.2.1. Reseña Histórica del Hospital Militar Central.....	22
	2.2.2. Gestión de Salud Pública.....	23
	2.2.3. Proceso de atención en Infección de Bronquitis Aguda....	62
2.3.	Definición de Términos Básicos.....	74

<b>CAPÍTULO III: MARCO FILOSÓFICO.....</b>	<b>78</b>
3.1. Fundamentación Ontológica.....	78
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>86</b>
4.1. Análisis de Tablas y Gráficos.....	86
4.2. Discusión de Resultados.....	119
CONCLUSIONES.....	127
RECOMENDACIONES.....	129
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	131
ANEXOS.....	133
1. Matriz de Consistencia	
2. Encuesta	

## RESUMEN

En el presente estudio se plantea como problema principal: ¿Cuál es la relación que existe entre la gestión de salud pública y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años en el Hospital Militar Central, 2014?; para lo cual tiene como objetivo general: Determinar la relación que existe entre la gestión de salud pública y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años en el Hospital Militar Central, 2014.

Se realizó un estudio de tipo no experimental, nivel básico, método-analítico, deductivo e inductivo, de diseño descriptivo correlacional, la población del estudio estuvo constituida por 80 pacientes mayores de 50 años con problemas de infección de bronquitis aguda, que acuden al Hospital Militar Central, la muestra es no probabilística de carácter inducido con un total de 20 pacientes.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta a través del instrumento cuestionario dirigido a pacientes con problemas de infección de bronquitis aguda, que acuden al Hospital Militar Central.

El tratamiento estadístico se realizó mediante la aplicación del gráfico de barras, con su respectivo cuadro de distribución de frecuencias y análisis. La validación se efectuó mediante el método Chi cuadrado dando como resultado que se aceptan lo planteado en las hipótesis generales y secundarias; esto quiere decir que existiría relación directa entre la gestión de salud pública y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda.

**Palabras claves:** Gestión de salud pública, gestión administrativa, gestión técnico operativa, inteligencia sanitaria, proceso de atención en infección de bronquitis aguda.

## **ABSTRACT**

In the present study as the main problem arises: What is the relationship between public health management and service process in infection of acute bronchitis in patients over 50 years in the Central Military Hospital, 2014?, For what which has the general objective: To determine the relationship between public health management and service process in infection of acute bronchitis in patients over 50 years in the Central Military Hospital, 2014.

A study of non-experimental, basic level, method-analytical, deductive and inductive, descriptive correlational design, the study population consisted of 80 patients older than 50 years with problems of infection of acute bronchitis, attending the Hospital Central military, the sample is not random in nature led to a total of 20 patients.

For data collection technique was used for the survey instrument through the questionnaire to patients suffering from acute bronchitis infection, attending the Central Military Hospital.

The statistical analysis was performed by applying the bar chart, with its own table of frequency distribution and analysis. The validation was performed using the chi-square method resulting in accepting what was stated in general and secondary hypotheses, this means that there would be a direct relationship between the management of public health and the process of care in acute bronchitis infection.

**Keywords:** Public health management, administrative management, technical management operational, health intelligence, process of care in acute bronchitis infection.

## **INTRODUCCIÓN**

La presente tesis titulada, ***“Gestión de Salud Pública y su relación con el proceso de atención en infección de Bronquitis Aguda en pacientes mayores de 50 años en el Hospital Militar Central, 2014”***, es un tema que reviste gran importancia, ya que el conocimiento de los procesos causales que originan, difunden y mantienen los problemas de salud en poblaciones humanas, es esencial para que la salud pública pueda desarrollar servicios, programas y acciones urgentes en respuesta a las necesidades y problemas de las poblaciones.

Los responsables de las políticas sanitarias han entendido que, sin una infraestructura adecuada como la que se requiere para la prestación de estos servicios, ninguna administración podrá avanzar eficientemente hacia el mejoramiento de la salud para todos. Si bien los tratamientos para enfermedades concretas y las actividades para reducir al mínimo los riesgos individuales pueden proporcionarse con éxito uno por uno, no es posible que sean sostenibles sin una estructura de salud pública organizada.

Las estrategias de trabajo cooperativo favorecen notablemente la adquisición de nuevos estilos y estrategias de aprendizaje, pues permiten a los estudiantes descubrir por sí los conocimientos que se les presentan, logrando mejorar de este modo el nivel de habilidades de percepción, de procesamiento de la información y crítico reflexivas.

La estrategia utilizada para la elaboración de la presente tesis ha sido la recopilación de diversas fuentes bibliográficas como libros, folletos, separatas, enciclopedias, sitios webs, entre otros.

La presente investigación se estructura en cuatro capítulos:

El primer capítulo titulado Planteamiento Metodológico, contiene: Descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, problemas de investigación, Objetivos de la investigación, Hipótesis de la investigación, Diseño de la investigación, Población y muestra de la investigación, Técnicas e instrumentos de la recolección de datos y Justificación e importancia de la investigación.

El segundo capítulo denominado Marco Teórico, contiene los Antecedentes de la investigación, Bases teóricas y la Definición de términos básicos.

En el tercer capítulo titulado Marco Filosófico se desarrolla la fundamentación ontológica de Aristóteles y Karl Popper.

En el cuarto capítulo Presentación, análisis e interpretación de resultados, se analiza los resultados del cuestionario aplicado, con su respectiva discusión de resultados y su método de validación.

Finalizo presentando las Conclusiones, Recomendaciones, Fuentes de Información y Anexos (Matriz de consistencia y encuesta).

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO**

### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

En Latinoamérica, y en especial en el Perú, la tos es el síntoma más común en las consultas ambulatorias al médico general o al especialista, y la bronquitis aguda es el diagnóstico más frecuente. Cada año se reporta, al menos, un episodio de bronquitis aguda en hasta el 5% de la población general y, de este grupo, más del 90% busca atención médica, lo que para la comunidad latinoamericana equivale a más de 10 millones de consultas por año.

En la actualidad los hospitales, debido a diferentes razones como: el incremento de la demanda con un notable cambio de las edades que requieren servicios y cambios en el perfil epidemiológico y social en el cual presentan enfermedades infecciosas, enfermedades degenerativas y las presencia de la violencia individual y colectiva, los accidentes de tránsito y el constante avance del conocimiento científico y a la aparición de nuevas tecnologías y especialidades médicas no prevista en el sistema organizativo actual, transitan actualmente por el problema de hacer más eficiente la organización, pues la concepción tradicional de organización por departamentos es rígida y los ha tornado ineficientes entre otros, desde el punto de vista de la prestación de servicios, situación que se manifiesta en un bajo nivel de satisfacción del usuario como reflejo de una baja calidad de atención.

Las infecciones del tracto respiratorio inferior, constituye un problema de salud a nivel mundial y es una de las causas más importantes de

morbimortalidad en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo, especialmente en niños y personas mayores de 50 años.

La tasa anual de ataque es de 87 casos por 100,00 personas por semana. Es una de las causas más frecuentes de consulta ambulatoria y rara vez requiere hospitalización. Existe evidencia que involucra a la bronquitis aguda como causa de bronquitis crónica e hiperactividad bronquial, así como del deterioro acelerado del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El 36% de las crisis severas de asma son desencadenadas por bronquitis aguda.

En el Hospital Militar Central, la bronquitis aguda es una de las causas más comunes de consulta externa; es también uno de los diagnósticos más comunes hechos por médicos en los centros de atención primaria y en los servicios de urgencias.

Debido a la creciente demanda de atención médica que se observa en la Consulta Externa del hospital, los servicios ofrecidos en esta área de atención generan por parte de su población objetivo críticas por la demora en la atención, para obtener citas de atención médica, mala calidad de atención, etc.

## **1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL**

La presente investigación ha sido realizada geográficamente en el Distrito de Jesús María en el Hospital Militar Central.

### **1.2.2. DELIMITACIÓN TEMPORAL**

El periodo de trabajo del presente estudio ha sido de Abril del 2014 a Julio del 2014.

### **1.2.3. DELIMITACIÓN SOCIAL**

Está enfocado a los pacientes mayores de 50 años en la atención en bronquitis aguda, en donde la muestra será seleccionada de manera no probabilística de carácter intencionado.

### **1.2.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL**

#### **Gestión de Salud Pública.-**

Es la que se encarga de mejorar las condiciones de salud de los afiliados mediante la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria.

Para Gómez (2002: 20): “La gestión de la salud pública como respuesta social organizada responde a las necesidades relacionadas con la promoción, protección, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud. Implica la participación libre, consciente y proactiva de las comunidades en las decisiones que afectan su calidad de vida en un sentido integral”.

#### **Infección de bronquitis aguda.-**

La bronquitis aguda suele ser ocasionada por virus y puede ocurrir durante o después de otras infecciones respiratorias. Los gérmenes como los virus se pueden contagiar entre las personas al toser. Igualmente, también pueden transmitirse cuando te tocas la boca, la

nariz, los ojos o después de entrar en contacto con los flujos respiratorios de una persona infectada

Para Vásquez (2006:162): “La bronquitis aguda es una inflamación de la mucosa bronquial que produce tos y expectoración, con malestar general y a menudo, fiebre. Hay que tener en cuenta que la tos se considera crónica cuando persiste más allá de tres semanas y en ese caso hay que establecer un diagnóstico diferencial”.

### **1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuál es la relación que existe entre la gestión de salud pública y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años en el Hospital Militar Central, Período 2014?

#### **1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS**

- ¿Qué relación existe entre la gestión administrativa y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años?
  
- ¿En qué medida se relaciona la gestión técnico operativa y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años?
  
- ¿Cuál es la relación que existe entre la inteligencia sanitaria y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años?

## **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación que existe entre la gestión de salud pública y el proceso de atención de infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años en el Hospital Militar Central, Período 2014.

### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar la relación que existe entre la gestión administrativa y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años.
  
- Identificar la relación que existe entre la gestión técnico operativa y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años.
  
- Señalar la relación que existe entre la inteligencia sanitaria y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años.

## **1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL**

Hi Existiría una relación directa entre la gestión de salud pública y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años en el Hospital Militar Central, Período 2014.

Ho No existiría una relación directa entre la gestión de salud pública y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años en el Hospital Militar Central, Período 2014.

### 1.5.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS

1)

Hi Existiría relación directa entre la gestión administrativa y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años.

Ho No existiría relación directa entre la gestión administrativa y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años.

2)

Hi Podría existir relación directa entre la gestión técnico operativa y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años.

Ho No podría existir relación directa entre la gestión técnico operativa y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años.

3)

Hi Existiría relación directa entre la inteligencia sanitaria y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años.

Ho No existiría relación directa entre la inteligencia sanitaria y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años.

### 1.5.3. VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE (x):</b> Gestión de salud pública	Es la que se encarga de mejorar las condiciones de salud de los afiliados mediante la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria.	Gestión Administrativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condiciones de salud</li> <li>- Prevención de la enfermedad</li> <li>- Administración del riesgo</li> <li>- Innovación / Planificación</li> </ul>
		Gestión Técnico Operativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de evaluación</li> <li>- Comunicación</li> <li>- Control</li> <li>- Vigilancia</li> <li>- Sala Situacional</li> </ul>
		Inteligencia Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información oportuna</li> <li>- Conocimientos</li> <li>- Habilidades</li> <li>- Toma de decisiones</li> <li>- Atención primaria</li> </ul>
<b>VARIABLE DEPENDIENTE (y):</b> Proceso de atención en infección de bronquitis aguda	Es una inflamación de la mucosa bronquial que produce tos y expectoración, con malestar general y a menudo, fiebre. Hay que tener en cuenta	Atención médica y factores desencadenantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afección pulmonar obstructiva crónica</li> <li>- Tabaquismo.</li> <li>- Contaminación ambiental</li> <li>- Tiempo frío y húmedo</li> <li>- Mala alimentación</li> <li>- Enfermedad reciente</li> </ul>

	que la tos se considera crónica cuando persiste más allá de tres semanas y en ese caso hay que establecer un diagnóstico diferencial.	Variedades de bronquitis aguda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Catarral mucopurulenta</li> <li>- Pseudomembranosa</li> <li>- Necrótica-ulcerosa</li> <li>- Pútrida</li> </ul>
		Manifestaciones clínicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuadro catarral de vías respiratorias altas</li> <li>- Dolor torácico</li> <li>- Tos y náuseas</li> </ul>

## 1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.6.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

#### A) TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es no experimental transversal correlacional puesto que se trata de medir y evaluar la relación de dos variables: Gestión de salud pública y Proceso de atención en infección de bronquitis aguda.

#### B) NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel que se ha aplicado en el presente estudio de investigación es Correlacional, tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables (dentro del enfoque cuantitativo).

### 1.6.2. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

#### A) MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método que se ha empleado en la investigación es: analítico, deductivo e inductivo.

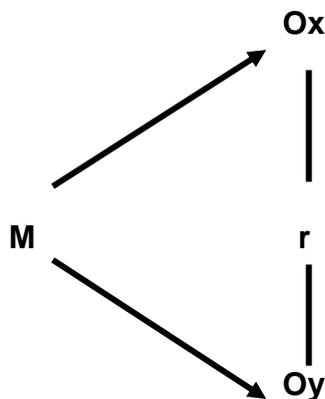
- a. **Analítico:** Es aquel método de investigación que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus

partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos. El análisis es la observación y examen de un hecho en particular.

- b. **Deductivo:** Es un método científico que considera que la conclusión está implícita en las premisas. Por lo tanto, supone que las conclusiones siguen necesariamente a las premisas: si el razonamiento deductivo es válido y las premisas son verdaderas, la conclusión sólo puede ser verdadera.
  
- c. **Inductivo:** Es un método científico que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, que se caracteriza por cuatro etapas básicas: la observación y el registro de todos los hechos; el análisis y la clasificación de los hechos; la derivación inductiva de una generalización a partir de los hechos; y la contrastación.

## B) DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la presente investigación es descriptivo correlacional, de corte transversal porque se recogerá la información en un solo momento y en un tiempo único. El estudio no se limita a describir, sino que, además, nos permitirá inferir de sus resultados hacia poblaciones mayores. Se esquematiza de la siguiente manera:



M = Muestra

O = Observación

X = Gestión de salud pública

Y = Proceso de atención en infección de bronquitis aguda

r = Relación de causa y efecto

### 1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

#### A) POBLACIÓN

La población del estudio está constituida por 80 pacientes mayores de 50 años con problemas de infección de bronquitis aguda, que acuden a la consulta externa del Hospital Militar Central, Período 2014.

#### Cuadro de distribución de la Población

Descripción	Cantidad
Pacientes	80

#### B) MUESTRA

La muestra es de tipo no probabilística de carácter inducido con un total de 20 pacientes mayores de 50 años.

### 1.6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente trabajo de investigación se ha utilizado las siguientes técnicas e instrumentos que han permitido un mejor alcance para conocer mejor el problema de investigación.

#### A) TÉCNICAS

- **Encuesta**

Es un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de la población, con el fin de conocer estados de opinión o hechos específicos.

El tipo de preguntas es de tipo cerradas pertinente al tema, en los cuales se les encuesta a 20 pacientes mayores de 50 años con

problemas de infección de bronquitis aguda, las preguntas se confeccionan teniendo en cuenta los indicadores encontrados en el cuadro de Operacionalización de las Variables.

## **B) INSTRUMENTOS**

### **▪ Cuestionario**

Este instrumento me permitirá recopilar datos, que consiste en una serie de preguntas, escritas y orales, que debe responder un entrevistado. Por lo regular, el cuestionario es sólo un elemento de un paquete de recopilación de datos que también puede incluir: Los procedimientos del trabajo de campo, como las instrucciones para seleccionar, acercarse e interrogar a los entrevistados.

Se elabora un cuestionario de 27 ítems de preguntas cerradas dirigidas a pacientes mayores de 50 años.

### **• Fichaje**

Para sustentar el marco teórico de la investigación, de las diversas fuentes donde se han recopilado la información como libros, separatas, enciclopedias, revistas, sitios webs, entre otros.

## **1.6.5. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **A) JUSTIFICACIÓN**

#### **• Justificación Teórica**

El marco teórico me permitirá analizar e interpretar los hechos a partir de una determinada concepción de los mismos. El aporte de la teoría de calidad de Edward Deming y la teoría de control de calidad de Kaoru Ishikawa nos dan una visión de la importancia que tiene el control de calidad en las instituciones.

#### **• Justificación Práctica**

Esta investigación tendrá repercusión práctica porque nos permite reconocer que en la mayoría de los casos el médico no

dispone de resultados microbiológicos específicos sólo se basa en la sintomatología del paciente, estableciendo la decisión en forma empírica.

- **Justificación Metodológica**

La utilidad metodológica radica formular políticas, planes y estrategias para fortalecer la salud pública, basada en una evaluación exacta del estado actual de la capacidad de salud pública.

- **Justificación Social**

Las infecciones del Tracto respiratorio inferior constituye un problema de salud a escala mundial en países desarrollados y subdesarrollados, y para contrarrestar estas patologías es necesario un tratamiento con antimicrobianos adecuados, por la cual se justifica el presente estudio.

## **B) IMPORTANCIA**

La importancia radica en que:

- a. El estudio determinará los factores que limitan el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años, lo que posibilitará tomar medidas correctivas en las causas y no solamente en los efectos.
- b. Las escasas investigaciones que se realizaron generalmente estén referidos sobre realidades externas a la institución.
- c. El propósito de esta revisión es hacer un acercamiento hacia la epidemiología, el diagnóstico y el manejo actual de la bronquitis aguda, además de hacer recomendaciones que serán de gran valor en la práctica clínica.

## **C) LIMITACIONES**

Se han encontrado diversas limitaciones para la ejecución de la presente Tesis, pero todas han sido superadas, éstas son:

- La falta de tiempo por motivo de trabajo afecto el avance de la tesis al retrasar la elaboración del último capítulo pero se logro superar trabajando los fines de semana.
- La predisposición negativa de algunos colegas para brindar facilidades en la aplicación de los instrumentos, se supero previa coordinación con los pacientes para ejecutarlo en un momento adecuado.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **2.1.1. A NIVEL LOCAL**

###### **Tesis Nº 1**

Patricia Martínez Montoya, con su tesis “Calidad de Atención en la unidad de cuidados intensivos 2c Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins Essalud”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2005.

###### **Resumen:**

- El presente estudio de tipo descriptivo, analítico y prospectivo se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos 2C, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ESSALUD, la población de estudio fueron 328 pacientes que representan el 100%. Teniendo los siguientes objetivos:
  - Determinar y medir los indicadores de calidad de atención.
  - Realizar el monitoreo, supervisión y evaluación de los indicadores de calidad de atención, para determinar el nivel de calidad de atención que se brinda.
  - Determinar la influencia entre los indicadores de calidad y el nivel de calidad de atención.

### **Conclusiones:**

- El nivel de calidad de atención que se brinda en la Unidad de Cuidados Intensivos 2C es alto 96,9%. Existe influencia entre nivel de calidad e indicadores de calidad.
- Los datos fueron obtenidos a través de una ficha de recolección de datos, mediante seguimiento diario de cada paciente por medio de la observación directa y revisión documental. Se encontró que el 25% de los pacientes hospitalizados presentaron algún indicador de calidad teniendo una estancia hospitalaria de 1 a 44 días, con mortalidad neta de 14,9%.
- Los indicadores en orden de frecuencia (tasas) fueron: úlceras por presión 13,7%, neumonías por ventilación mecánica 13,5%, reincubaciones 10,65%, infecciones por catéter venoso central 9,7%, infecciones por sonda Foley 5,45%, extubaciones accidentales 3,68%, accidentes durante el traslado 0,9% y caídas o golpes 0,3%.
- El nivel de calidad de atención en la unidad de cuidados intensivos se encuentra: alto 96,9% (318) y medio 3,1% (10); no evidenciándose baja calidad de atención. Se encontró relación significativa entre indicadores de calidad con nivel de calidad ( $p < 0,005$ )
- Los resultados obtenidos se sitúan en un nivel aceptable dentro del contexto de los estándares admitidos sobre indicadores de calidad en Cuidados Intensivos.
- Podemos concluir en la necesidad de aplicar un sistema de control, monitoreo y evaluación de la calidad de atención, mediante indicadores en la Unidad de Cuidados Intensivos.

### **Tesis Nº 2**

Illacutipa Mamani Natali Abad, con su tesis “Nivel de Eficiencia de los Servicios de Salud en Relación a indicadores de Calidad del departamento de emergencia del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen”. Centro De Altos Estudios Nacionales. Lima – Perú, 2010.

**Resumen:**

Determinar el Nivel de Eficiencia de los Servicios de Salud en los Departamentos de Emergencia del HNGAI Lima, es definir el grado de logro de objetivos en base a los recursos disponibles; resultando estos eficientes o ineficientes, en relación a los indicadores de calidad de los servicios de salud prestados en el Departamento de Emergencia, en la que se ven reflejados la capacidad de gestión y administración de los recursos humanos, infraestructura, tecnología disponible y otros componentes de los Departamentos de Emergencia de los Hospitales de Essalud.

**Conclusiones:**

- Existe una relación directa entre los indicadores de calidad y el nivel de eficiencia de los servicios de salud del Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - Essalud.
- El nivel de eficiencia del Servicio de Emergencia de Adultos: El área de Shock Trauma, Sala de Pacientes Críticos, Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, es subóptimo, lo que es evidente a través de la evaluación de los indicadores de calidad que fueron analizados en una muestra de 11845 pacientes.
- Los resultados de la evaluación permiten afirmar que los indicadores de calidad de los servicios de salud muestran bajo grado de cumplimiento en el departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - Lima.

## **2.1.2. A NIVEL NACIONAL**

### **Tesis Nº 3**

Mónica Karina Chipana Flores, con su tesis “Uso de antimicrobianos en las infecciones del Tracto Respiratorio inferior, en pacientes del servicio de Medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna”. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Académico Profesional de Farmacia y Bioquímica. Tacna – Perú, 2009.

#### **Resumen:**

El presente trabajo de investigación “Uso de antimicrobianos en las infecciones del tracto respiratorio inferior, en pacientes del servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Junio-Diciembre 2008”, se realizó con el objetivo de determinar el tipo y frecuencia de antimicrobianos más utilizados en el tratamiento de las infecciones del tracto respiratorio inferior, en pacientes del servicio de Medicina. La investigación es descriptivo con un diseño observacional, retrospectivo.

La población estuvo conformada por 86 pacientes con infecciones del Tracto respiratorio inferior. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento la Ficha de recolección de datos se obtuvo información de las historias clínicas sobre diagnóstico de ingreso, egreso, antimicrobianos utilizados, terapia antimicrobiana, tipo de microorganismo, base de tratamiento, cambios en la terapia antimicrobiana.

#### **Conclusiones:**

- Los resultados demuestran que la patología más frecuente es la bronconeumonía con 47,67%, los antimicrobianos utilizados con mayor frecuencia fueron la Ceftriaxona con 29,07%, predominó como terapia asociada la Ceftriaxona+ Ciprofloxacino+Clindamicina con 11.63%. Se demostró que el uso de antimicrobianos fue efectivo debido a que en el 96.51% de casos no hubo cambios en

la terapia inicial; sin embargo en la suspensión se dio por retiro voluntario en 3.49% y fallecimiento en 20.93%; y en la modificación terapéutica se indicó pasar a vía oral en 12.79%.

- La frecuencia de patologías de tracto respiratorio inferior en pacientes hospitalizados, predominó la Bronconeumonía con el 47,67%; y la edad promedio fue de 63 años, la mayor proporción de pacientes comprende a mayores de 71 años a más en un total de 46,51% y del sexo masculino.
- Los antimicrobianos más utilizados en las Infecciones del Tracto Respiratorio Inferior fue la Ceftriaxona (Cefalosporina de 3ra generación) con 29,07% correspondiendo al tratamiento en las Bronconeumonías con 50,65%, en la Bronquiectasia Infectada con 25,97% y en las Neumonías con 22,08%.
- En la base del tratamiento, no se realizaron el cultivo microbiológico en 98,84% por tanto en el 100% no se pidió el antibiograma, concluyendo la no identificación del microorganismo de las Infecciones del Tracto Respiratorio Inferior, predominando el tratamiento empírico con un 98,84%.
- Se observa que no hubo cambios en los esquemas de tratamiento con antimicrobianos en el 96,51%, por lo tanto podemos deducir que fue efectivo el tratamiento antimicrobiano en pacientes hospitalizados con Infecciones del Tracto Respiratorio Inferior.

#### **Tesis Nº 4**

Juan Jesús Márquez Mendoza, con su tesis “Estudio de los pacientes sometidos a Bronquitis en el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Ica – Perú, 2002.

**Resumen:**

El objetivo de este trabajo ha sido estudiar las características demográficas, clínicas, radiográficas y endoscópicas de los pacientes que fueron sometidos a estudios de bronquitis en el Servicio de Neumología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, mediante un estudio retrospectivo de una serie de 522 pacientes (290 varones y 232 mujeres) a los que se les realizó el examen desde Enero del 2000 hasta Junio del 2001.

**Conclusiones:**

- No existieron diferencias significativas en la edad y el sexo. La principal indicación para realizar el examen fue el encontrar un diagnóstico etiológico (67%).
- Las radiografías eran patológicas en el 99% de casos. Solo se obtuvieron resultados de tomografías pulmonares en menos del 22%. La tuberculosis pulmonar y pleural son los antecedentes patológicos más importantes (47%).
- El diagnóstico presuntivo consignado en el 77% de casos fue el de bronquiectasias. La bronquitis crónica fue el resultado más frecuente de las biopsias bronquiales (46%), siendo los lóbulos superiores los más afectados broncoscopicamente (74%), se consignan los resultados de laboratorio y de patología. La tolerancia al procedimiento fue considerada como buena en el 91.9% de los casos.

**2.1.3. A NIVEL INTERNACIONAL****Tesis Nº 5**

María Montserrat Inglés Novell, con su tesis “eficacia de la fisioterapia en atención Primaria en pacientes con Enfermedad pulmonar obstructiva crónica moderada y su evaluación económica”. Universitat Internacional de Catalunya. Departamento de Medicina. Barcelona – España, 2010.

**Resumen:**

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un problema de salud pública de gran importancia y uno de los padecimientos pulmonares más frecuentes en el mundo, con repercusión sobre la mortalidad y elevados costes económicos. La Organización Mundial de la Salud estima que la EPOC es la quinta enfermedad más común del mundo y la cuarta causa principal de muerte. Se prevé que su prevalencia y mortalidad crecerán en las próximas décadas; se estima que en el 2020, será la tercera causa más frecuente de muerte en el mundo. La atención primaria es el ámbito fundamental en el manejo de este tipo de pacientes, de hecho, es donde se atienden de forma continuada la mayor parte de los pacientes con EPOC. Sin embargo, una alta proporción de estos pacientes sólo reciben tratamiento de fisioterapia respiratoria en los hospitales, siendo la implementación de este tipo de tratamiento en atención primaria todavía escasa.

**Conclusiones:**

- Se ha observado que el tratamiento de las agudizaciones de la EPOC se asocia con un coste económico elevado, fundamentalmente en pacientes graves portadores de oxígeno y que hayan estado hospitalizados previamente. El tratamiento con moxifloxacino o amoxicilina-ácido clavulánico se asocia a un coste inferior al derivado del uso de claritromicina. Estos datos farmacoeconómicos deberían tenerse en cuenta a la hora de adoptar normativas de tratamiento de las agudizaciones de la EPOC en atención primaria
- La EPOC moderada afecta a un número importante de pacientes atendidos en atención primaria y representa un problema socio sanitario de primera magnitud (aproximadamente, un 9% de personas entre 40 y 70 años padece EPOC en España, estas cifras pueden elevarse hasta un 20% en los varones mayores de 65 años).

- La EPOC es un problema de salud pública de gran importancia, es uno de los padecimientos pulmonares más frecuentes en el mundo, con repercusión sobre la mortalidad y elevados costes económicos.

### **Tesis Nº 6**

Diego Bautista, Oscar, con su tesis “La ética en la gestión pública fundamentos, estado de la cuestión y proceso para la implementación de un sistema ético integral en los gobiernos”. Tesis Doctoral. Tesis de la Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Departamento de Ciencia Política y de la Administración. Madrid - España, 2007.

### **Resumen:**

Este trabajo expone los fundamentos originales existentes entre ética y política. También muestra como ambas disciplinas avanzan hacia un objetivo común: el bienestar de la comunidad política. Finalmente, rescata la idea básica de que para asumir un cargo público es necesario contar con una formación ética. Los objetivos de esta tesis fueron: 1) Identificar y rescatar los fundamentos que expliquen y justifiquen la necesidad de la ética en los gobernantes y funcionarios. 2) Indagar sobre los principales instrumentos y mecanismos existentes en esta materia. 3) Proponer un modelo procedimental para el fomento y fortalecimiento de los valores en los servidores públicos.

### **Conclusiones:**

- Se identifica los principales valores éticos dentro de los enfoques teóricos del pensamiento administrativo. También analiza los principales modelos de ética pública en el escenario internacional.
- Expone lo que sucede cuando los valores éticos se ausentan del servicio público, identificando en general los antivalores más comunes y desarrollando en particular el caso de la corrupción como un problema mundial.

- Presenta un modelo sistémico que integra un conjunto de instrumentos y acciones que permiten garantizar una ética aplicable en los principales actores de las decisiones y ejecuciones públicas.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

Hace 56 años, el Hospital Militar Central inicio sus actividades como Institución de Salud referencial del Ejército en las áreas asistencial, administrativa, docente y de investigación.

Desde esa memorable fecha, su administración no ha cejado en su afán por convertirlo en el mejor hospital de las Fuerzas Armadas.

En 1904 el hospital comenzó a funcionar en el hospital de San Bartolomé, en Barrios Altos, lo que actualmente es parte de la Maternidad de Lima.

En 1956, gracias al entusiasmo, decisión y gestiones del entonces Director del hospital, Crl. Luis Arias Schreiber, se comenzó la construcción del actual establecimiento en la Av. Brasil con la Av. Pershing bajo la gestión del entonces Presidente de la República Gral. Div. Manuel Odria Amoretti. El 28 de diciembre de 1957, se trasladan a su nuevo local.

Es inaugurado oficialmente el 01 de enero de 1958 como Institución del Ejército encargada de velar por la salud del personal militar y sus familiares y en honor el gestor de este importante logro, se le bautiza con el nombre de HOSPITAL MILITAR CENTRAL CRL SAN LUIS ARIAS SCHREIBER. A lo largo de su historia, el hospital ha tenido una participación activa en el desarrollo del país y ha sido uno de los principales soportes para nuestros soldados y sus familiares durante la guerra subversiva.

Uno de los hechos que más se recuerda fue la efectiva y rápida atención que se brindó a los rehenes rescatados durante la Operación “Chavín de Huantar”, que permitió la liberación de 71 rehenes de manos de terroristas del MRTA.

Desde esa fecha a la actualidad, el HMC ha ampliado sus servicios y modificado su infraestructura interna para albergar a la gran familia militar. Con el aumento de la demanda de salud, ha extendido su cobertura a la comunidad en general a través de la creación de un Policlínico (Av. Brasil) y la Clínica Virgen de la Mercedes (av. Faustino Sánchez Carrión).

Hoy, con 54 años de experiencia en salud y como hospital de III nivel de complejidad, cuenta con equipos de avanzada tecnología que permite realizar exámenes minuciosos y prevenir enfermedades así como recibir tratamiento oportuno, procesar muestras en tiempo real, realizar intervenciones quirúrgicas mínimamente invasivas que requieren menor tiempo de hospitalización siempre con trato cálido, amable y personalizado.

## **2.2.2. GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA**

### **A. TEORÍAS**

#### **TEORÍA DE CALIDAD DE W. EDWARD DEMING**

Deming afirma que no es suficiente tan solo resolver problemas, grandes o pequeños. La dirección requiere formular y dar señales de que su intención es permanecer en el negocio y proteger tanto a los inversionistas como a los puestos de trabajo.

La misión del organismo es mejorar continuamente la calidad de nuestros productos o servicios a fin de satisfacer las necesidades de los clientes. Esto se logra generando un ambiente de integración y cooperación en el que los que estén involucrados. Si la organización, consigue llegar a esa meta, aumentará la productividad, mejorará su posición competitiva en

el mercado, ofrecerá una ganancia razonable a los accionistas, asegurará su existencia futura y brindará empleo estable a su personal.

El esfuerzo anterior debe ser encabezado por la administración superior. Para facilitar el logro de tal meta de mejoramiento, Deming ha propuesto a los directivos de diversas organizaciones un sistema constituido por los siguientes catorce puntos:

- 1) Ser constantes en el propósito de mejorar el producto o servicio con el objetivo de llegar a ser competitivos, de permanecer en el negocio y de proporcionar puestos de trabajo.
- 2) Adoptar la nueva filosofía de “conciencia de la calidad”. Nos encontramos en una nueva era económica. Los directivos deben ser conscientes del reto, afrontar sus responsabilidades y hacerse cargo del liderazgo para cambiar.
- 3) Suprimir la dependencia de la inspección para lograr la calidad. Eliminar la necesidad de la inspección en masa, incorporando la calidad dentro del producto en primer lugar.
- 4) Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base del precio. En vez de ello, minimizar el costo total. Establecer la tendencia a tener un solo proveedor para cualquiera artículo, con una relación a largo plazo, de lealtad y confianza.
- 5) Mejorar constantemente y siempre el sistema de producción y servicio, para mejorar la CALIDAD y la productividad y así reducir los costos continuamente.
- 6) Instituir la formación en el trabajo.
- 7) Implantar el liderazgo. El objetivo de la supervisión debe consistir en ayudar a las personas, a las máquinas y a los aparatos para que hagan un trabajo mejor.

- 8) Desechar el miedo, de manera que cada uno pueda trabajar con eficacia para la organización.
- 9) Derribar las barreras entre dependencias. Las personas de diferentes departamentos deben trabajar en equipo, para prever los problemas de producción y los que podrían surgir en el uso del producto, con el mismo o con el usuario.
- 10) Eliminar las metas numéricas, los carteles y los lemas que busquen nuevos niveles de productividad, sin ofrecer métodos que faciliten la consecución de tales metas. El grueso de las causas de baja calidad y baja productividad pertenece al sistema y, por tanto, caen más allá de las posibilidades del personal operativo.
- 11) Eliminar cuotas numéricas prescritas y sustituirlas por el liderazgo.
- 12) Eliminar las barreras que impiden al empleado gozar de su derecho a estar orgulloso de su trabajo.
- 13) Implantar un programa vigoroso de educación y auto – mejora.
- 14) Involucrar a todo el personal de la organización en la lucha por conseguir la transformación. Esta es tarea de todos.

## **TEORÍA DE CONTROL DE CALIDAD DE KAORU ISHIKAWA**

El Control de calidad es un sistema de métodos de producción que económicamente genera bienes o servicios de calidad, acordes con los requisitos de los consumidores.

Practicar el control de calidad es desarrollar, diseñar, manufacturar mantener un producto de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor.

Para alcanzar esta meta, es preciso que en la empresa todos promuevan y participen el control de calidad, incluyendo tanto a los altos ejecutivos como a todas las divisiones de la empresa y a todos los empleados. El control de la calidad no es una actividad exclusiva de especialistas, sino que debe ser estudiado y conseguido por todas las divisiones y todos los empleados.

El Control Total de la Calidad se logra cuando se consigue una completa revolución conceptual en toda la organización. Esta revolución se expresa en las categorías siguientes:

- Los primero es la calidad; no las utilidades a corto plazo.
- La orientación es hacia el consumidor; no hacia el productor.
- Pensar desde el punto de vista de los demás.
- El siguiente paso en el proceso es su cliente: hay que derribar las barreras del seccionalismo.
- Utilización de datos y números en las presentaciones: empleo de métodos estadísticos.
- Respeto a la humanidad como filosofía administrativa: administración totalmente participante.
- Administración interfuncional; trabajo en equipo entre los diferentes departamentos o funciones.

El círculo de calidad es un grupo pequeño que desarrolla actividades de control de calidad voluntariamente, dentro de un mismo lugar de trabajo.

Los círculos de calidad constituyen una manera de involucrar al personal de la organización en el Control de la Calidad Total.

El método estadístico elemental es el indispensable para el control de calidad y es el usado por todo el personal de la organización, desde los directores hasta el personal operativo.

## **B. CONCEPTO**

Según Hamlon (2000:11), sostiene que:

*"La Salud Pública es el arte de impedir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia por el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio; el Control de Enfermedades Transmisibles; educación en Higiene personal; organización de los servicios médicos y enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo del mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud; organizando estos beneficios para que cada ciudadano se encuentre en condiciones de su derecho natural a la salud y a la longevidad".(1)*

### **Comentario:**

La existencia de una salud pública bien organizada y desarrollada en sus funciones y servicios esenciales permite la flexibilidad y el crecimiento de la programación además de prolongar la vida impidiendo enfermedades que pueden causar la muerte de la población.

Desde otro punto de vista, la Salud Pública se define como una actividad gubernamental y social muy importante, de naturaleza multidisciplinaria e interdisciplinaria, que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad.

Asimismo, Frenk (2002:27), manifiesta que:

*“La Salud Pública puede definirse como la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a y la calidad de la atención de salud. La salud pública es una práctica social de naturaleza interdisciplinaria”. (2)*

### **Comentario:**

La participación del estado y la sociedad civil permiten mejorar la salud de la población a través de diversos programas, siendo esta la meta del ministerio de salud o secretaría de salud en la mayoría de las naciones.

Para muchas personas la salud pública es una disciplina teórica y se refiere a un saber reglamentado con unos contenidos ideológicos, científicos y tecnológicos, determinados por las condiciones históricas del conocimiento y su transmisión a lo largo del tiempo

La gestión de la salud pública debe tener una respuesta social a las necesidades relacionadas con la promoción, protección, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud. Implica la participación libre, consciente y proactiva de las comunidades en las decisiones que afectan su calidad de vida en un sentido integral.

## CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD PÚBLICA

La Salud Pública presenta las siguientes características:

- **Su carácter social.-** Lo que es intrínseca a su definición, no es cualquier respuesta, es una respuesta social, dado el campo de las connotaciones que tiene la salud y enfermedad; desde el punto de vista social decíamos que con eso podríamos ser tan extensivos que todo tipo de respuesta puede ser vista como una respuesta de la salud pública.
  
- **Es una respuesta institucionalizada.-** Hay muchas respuestas de la salud pública que son contingentes, que pueden tener una vigencia temporal y son ensayos que muchas veces pueden terminar en frustraciones. Estas respuestas pueden ser en cortos espacios o ser un conjunto de pequeñas respuestas pero que no logran institucionalizarse.
  - **La legitimización social.-** Es la más importante, la persona o grupo social que recibe la respuesta lo considera válida o legítima y convincente a sus necesidades o sea que es lo que supuestamente requiere para salvar la necesidad, considera la respuesta adecuada en una respuesta convincente.
  
  - **Permanencia en el tiempo.-** Es el segundo elemento que da institucionalización. La permanencia va muy de la mano con la legitimidad social. Si la intervención no logra legitimidad va a entrar en desuso, tiene instituciones que son historia y que hasta pueden ser anacrónicos, obsoletos desde una perspectiva moderna, en cambio en nuestro país, la institucionalización se va perdiendo.
  
  - **Formalización democrática.-** Muchas estrategias o intervenciones en el mundo se han construido pero no todas se han tomado, entonces quedan como intentos, remedos

de intervención porque no logramos la institucionalización que se requiere en el campo de la salud pública.

- **Es multidisciplinaria e interdisciplinaria.**- Es una tercera característica de la Salud Pública; busca dar respuesta al problema de los públicos, al problema de la vida cotidiana de las personas, y dado su complejidad, es obvio que los problemas de salud no pueden ser tratados de manera global por una sola disciplina, sino que requiere de varias (es multidisciplinaria), y además requiere de la conjunción de ideas de estas disciplinas, requiere del traspase de ideas de una variedad de disciplinas (es interdisciplinaria).

### **C. GESTIÓN ADMINISTRATIVA CONDICIONES DE SALUD**

En el Perú la cultura ha mostrado de muy diversas formas que posee un peso específico sobre la situación sanitaria, dando lugar a distintas corrientes de opinión. La sociedad civil o las universidades, siguen insistiendo en su utilización instrumental como parte de las estrategias de salud pública, principalmente de aquellas que buscan la modificación de comportamientos de riesgo. Sin embargo, este enfoque utilitario demuestra limitaciones en un contexto de gran diversidad cultural y con importantes procesos sociales e históricos como el de nuestro país.

Por ello, resulta necesario proponer una teoría sobre la relación cultura y salud pública, que brinden elementos para una interpretación del proceso salud-enfermedad-atención y otorguen pautas para el diseño de políticas de salud pública. Actualmente, predomina en el pensamiento sanitario la “teoría de los factores determinantes” la cual propone que existen factores y condiciones que mejoran la salud y el bienestar de la población, estando estos

factores en una interacción compleja, por ende las estrategias deberán abordar un amplio rango de factores.

El análisis del comportamiento de los factores determinantes en salud soporta una medición de la relación de causalidad, donde la presencia o ausencia de un factor son causa suficiente o insuficiente de un resultado en las condiciones de vida, para lo cual se vienen investigando evidencias que refuerzan una relación de causa-efecto casi lineal.

Por lo tanto, este enfoque de multicausalidad basado en la teoría de los determinantes en salud, no es suficiente por sí misma, para entender la relación compleja que existe entre la cultura y el proceso de salud-enfermedad-atención, pues se trata una relación que conjuga múltiples dimensiones, debilitando cualquier intento de racionalizar instrumentalmente esta relación con el propósito de generar acciones de salud pública.

Al respecto, en los términos que propone Morín (2003:67):

*“Entendemos esta complejidad como la necesidad de captar la “incertidumbre”, la “incompletud” y la “multidimensionalidad” del conocimiento frente al pensamiento determinista unidimensional”. (3)*

#### **Comentario:**

Como factor determinante la cultura no es suficiente para explicar y predecir resultados sobre las condiciones de vida, porque la variable cultura tiene un comportamiento complejo frente al proceso salud-enfermedad-atención

Por otro lado, aceptar que los valores culturales dominantes contribuyen a la perpetuación de condiciones tales como la falta de acceso a la atención de salud y a los servicios culturalmente apropiados se corre el riesgo de caracterizar a la cultura como

una barrera, donde a un lado del muro se vive la modernización y en el otro lado se sobrevive en el atraso y el subdesarrollo.

Por lo tanto, sembramos la idea que la buena salud depende de la existencia de establecimientos de salud de alta tecnología, cuando la salud más que un suceso individual es un acontecimiento comunitario. En ese sentido, la teoría de los factores determinantes de salud es de carácter etnocentrista pues se construye desde un enfoque que aspira a expandir el modelo de sociedad moderna occidental, quizás de convivencia multicultural, pero donde no se admiten otras formas de desarrollo.

## **PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

El fortalecimiento de los servicios de salud para la prevención y el control integrados de las enfermedades crónicas es una estrategia que reconoce que la prevención y el control de las enfermedades crónicas exigen un contacto a largo plazo de los pacientes con servicios accesibles de atención primaria de salud, que funcionen conforme a estrictas normas de atención y prácticas óptimas.

La prevención integrada incluye las intervenciones que prevengan y a la vez reduzcan un conjunto de factores de riesgo comunes modificables. Además, el control de las enfermedades crónicas requiere una integración de los servicios mediante el fortalecimiento de los sistemas de derivación de casos y la relación entre los niveles primarios, secundarios y terciarios de atención.

Por otro lado, los proveedores de asistencia sanitaria contribuyen a mejorar la salud y prevenir y controlar las enfermedades crónicas. Para prestar una atención eficaz a las

personas que sufran afecciones crónicas se necesitan equipos de salud multidisciplinarios, con una combinación de aptitudes apropiadas. Es preciso ampliar las competencias de los profesionales de la salud para que puedan hacer frente a las complejidades de las afecciones crónicas con un enfoque de equipo.

Por consiguiente, los programas de estudio de los profesionales de la salud deben abordar los temas de la prevención y el control de las enfermedades crónicas y fortalecer las capacidades apropiadas. Esta Estrategia tiene en cuenta la importancia de la educación permanente de los trabajadores de atención de salud, con el objetivo de reforzar las competencias relacionadas con la atención centrada en el paciente, la formación de alianzas con éste y con otros proveedores, el empleo de métodos continuos de perfeccionamiento de la calidad, el uso eficaz de la información y la tecnología de las comunicaciones y la adopción de una perspectiva de salud pública.

## **GESTION ADMINISTRATIVA Y LA PREVENCION DE ENFERMEDADES**

El ministerio de Salud (MINSA) como ente rector del sector salud, tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país, proponiendo y conduciendo las políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos del Estado y los actores sociales públicos y privados.

En tal sentido el MINSA ha venido desarrollando permanentemente acciones sanitarias para garantizar el acceso a la atención integral de salud, a todas las peruanas y peruanos con el fin de contribuir al ejercicio pleno de su derecho y a la

protección de la salud en los términos y condiciones que establece la ley General de Salud.

Por lo tanto, es imprescindible una planificación integral a largo plazo, para lograr la continuidad y sostenibilidad de las políticas y acciones en salud, así como una asignación más eficiente de los recursos, por ello, el Ministerio de Salud llevó a cabo un proceso técnico, político y social para elaborar el Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS), el cual se constituye en un instrumento de gestión y de implementación de las Políticas de Salud respecto a las prioridades sanitarias del país y las principales intervenciones que permitirán mejorar el estado de salud de la población del país, en especial de los menos favorecidos involucrando en sus acciones a todos los actores sociales, con la participación del Gobierno Nacional, Regional, Local y la Sociedad Civil en su conjunto.

Paralelamente se han desarrollado diferentes procesos técnicos y sociales para identificar los principales problemas de salud. Ello, incluye iniciativas de concertación y acuerdos con el fin de dirigir los esfuerzos y recursos para enfrentar los problemas identificados. Destacan entre ellos el Acuerdo Nacional, los diagnósticos y Planes Concertados Participativos en salud que constituyen instrumentos básicos para la política sanitaria de los gobiernos regionales, El Acuerdo de Partidos Políticos en Salud a nivel nacional y los acuerdos en salud de los partidos políticos regionales en todo el país.

El Plan estratégico Institucional (PEI) del MINSA constituye un instrumento de gestión para el mediano plazo, siendo formulado como Pliego Presupuestal. El mismo que ha sido elaborado como resultado de un proceso participativo que ha permitido incorporar en la Gestión Institucional el uso de enfoques

y ejes estratégicos, a la luz de las políticas de Estado, de Gobierno y Sector. La formulación se produce en un contexto en el cual el Estado Peruano viene impulsando la Planificación Estratégica, permitiendo el cambio de la gestión pública tradicional a una gestión moderna orientada a medir sus progresos, gastos e inversiones a través de los resultados y los impactos favorables que produce en la población a la que se debe.

## **ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO**

### **CONCEPTO**

Es el conjunto de acciones que, aunque no garanticen la ausencia de siniestros, tratan de agotar sus posibilidades de ocurrencia, dentro de costos sostenibles.

Conjunto de actividades que las entidades regulatorias, profesionales de la salud, emprenden con el fin de identificar y estimular los riesgos asociados a la atención en salud, así como los mecanismos que utilizan para corregir, controlar y prevenir su aparición.

## **Implica**

- Identificarlo
- Valorarlo
- Gestionarlo
- Reducirlo
- Eliminarlo
- Mitigar las consecuencias en el paciente, operador y organización.

## **ASPECTOS GENERALES**

- Las decisiones de los gobiernos nacionales en materia de gestión de riesgos, comprendidas las medidas sanitarias adoptadas, deben tener como finalidad primordial la protección de la salud de los consumidores. Se deberán evitar diferencias injustificadas al tratar riesgos similares en situaciones diferentes.
- La gestión de riesgos debe ajustarse a un método articulado, que comprenda las actividades preliminares en materia de gestión de riesgos, la valoración de las opciones para la gestión de los mismos, la implementación y el seguimiento y revisión de las decisiones adoptadas.
- Las decisiones se deben basar en una evaluación de riesgos que tenga en cuenta, cuando corresponda, los otros factores legítimos que atañen a la protección de la salud de los consumidores y al documento de prácticas equitativas en el comercio de alimentos, de conformidad con los “Criterios para tomar en cuenta los otros factores mencionados en la Segunda Declaración de Principios” respecto a las decisiones a nivel nacional. Los gobiernos nacionales deben basar sus medidas sanitarias en las normas y textos afines del Codex cuando estas estuvieran disponibles.

- En el logro de los resultados acordados, la gestión de riesgos debe tener en cuenta las prácticas pertinentes de producción, almacenamiento y manipulación a lo largo de toda la cadena alimentaria, incluidas las prácticas tradicionales, así como los métodos de análisis, muestreo e inspección, la viabilidad de la aplicación y el cumplimiento, y la prevalencia de efectos perjudiciales específicos para la salud.
- La gestión de riesgos debe tener en cuenta las consecuencias económicas y la viabilidad de las opciones de gestión de riesgos.
- El proceso de gestión de riesgos debe ser transparente, coherente y estar completamente documentado. Las decisiones de gestión de riesgos deben documentarse para facilitar a todas las partes interesadas una comprensión más amplia del proceso de gestión de riesgos.
- El resultado de las actividades preliminares de gestión de riesgos y la evaluación de riesgos deben asociarse a la apreciación de las opciones de gestión de riesgos disponibles, a fin de adoptar una decisión sobre la gestión del riesgo.
- Las opciones de gestión de riesgos se deben evaluar en función del ámbito y de la finalidad del análisis de riesgos y del grado de protección de la salud del consumidor que proporcionen. Se debe también considerar la opción de no adoptar medida alguna.
- La evaluación de riesgos debe garantizar la transparencia y coherencia del proceso decisorio en todos los casos. En la medida de lo posible, el examen de todas las opciones de gestión de riesgos deberá tener en cuenta una evaluación de

sus posibles ventajas y desventajas. A la hora de elegir entre varias opciones de gestión de riesgos que sean igualmente eficaces para proteger la salud del consumidor, los gobiernos nacionales, deben tratar de tener en cuenta las repercusiones que podrían tener esas medidas en el comercio entre ellos y optar por medidas que no limiten el comercio más de lo necesario.

- La gestión de riesgos debe ser un proceso continuo que tendrá en cuenta todos los datos nuevos que aparezcan en la evaluación y revisión de las decisiones adoptadas en la materia. La pertinencia, efectividad, y los impactos de las decisiones de gestión de riesgos y su implementación deberían ser regularmente monitoreados y las decisiones y/o su implementación deberían ser revisadas cuando fuera necesario.



## **INNOVACIÓN / PLANIFICACIÓN**

La modernización en la Salud Pública se refiere a la mejora en las técnicas de trabajo y por ende a la mejora en la calidad de los servicios que se brindan a la ciudadanía y no pérdida de puestos de trabajo o derechos, estaremos en condiciones de encarar con la colaboración e incluso la iniciativa del personal, la reingeniería administrativa del sector de salud y sentarnos a hablar de innovación.

La innovación deberá basarse, en primera instancia, en una optimización de los sistemas actuales que supone siempre un aumento de los mecanismos de comunicación y participación. En esta etapa se analizarán las debilidades y fortalezas del sistema realizando las modificaciones con los recursos existentes.

De acuerdo al autor GOMEZ (2002: 56), nos dice que:

***“...el impacto en los servicios brindados a la ciudadanía son los pilares que justifican un proceso de innovación. En esta etapa se incluirá la readecuación de la estructura organizacional y el reordenamiento y agilización de los sistemas administrativos”. (4)***

### **Comentario:**

Servir eficazmente a la ciudadanía a través de procesos administrativos sencillos, es una de las principales responsabilidades gubernamentales. Las acciones políticas deben considerar programas y acciones de calidad y mejoramiento continuo para prevenir enfermedades a la población.

La planificación, como acción racional fortalece el momento en que organismos e instituciones definen una misión, una visión y los valores en que se fundan. Sin este proceso de planificación, las propias acciones son la expresión de esa visión y esos valores, pero se presentan desordenadamente frente al conjunto social.

Desde la perspectiva estratégica, Huertas (2000:58) define planificación como:

*"Planificar significa pensar antes de actuar, pensar con método, de manera sistemática; explicar posibilidades y analizar sus ventajas y desventajas, proponerse objetivos, proyectarse hacia el futuro, porque lo que puede o no ocurrir mañana decide si mis acciones de hoy son eficaces o ineficaces. La planificación es la herramienta para pensar y crear el futuro". (5)*

**Comentario:**

La situación de salud en las comunidades con las que trabaja el Ministerio de Salud debe mejorarse continuamente y para ello se debe prever qué acciones son necesarias, cómo, cuándo y quienes deben ejecutarlas para cambiar dicha situación.

En esta etapa se abordarán las estructuras y reordenamiento de los actos administrativos que agilicen trámites sin apartarnos de las legalidades que resguardan los procesos.

Una vez efectuada la actualización y readecuación de la estructura orgánico-funcional del sector, que actualmente se encuentra desactualizada y desordenada, se organizarán mesas de trabajo para comenzar con el reordenamiento de los procesos administrativos. Uno de los pilares del reordenamiento administrativo, es la confección de una guía de procedimientos que aúne criterios y modalidades de trabajo.

## **D. GESTIÓN TÉCNICO OPERATIVA**

### **SISTEMAS DE EVALUACIÓN**

La formulación de políticas, planes y estrategias para fortalecer la salud pública debe basarse en una evaluación exacta del estado actual de la capacidad de salud pública. Es más, al considerar los planes para fortalecer la salud pública, es importante adaptarlos al contexto único de cada país, dado que las necesidades específicas variarán significativamente de acuerdo con la densidad de población, el perfil epidemiológico, la cantidad y la distribución geográfica de los recursos materiales y humanos así como con la historia y cultura de cada sistema de salud.

La evaluación de la práctica permite a los profesionales de salud pública asignar adecuadamente los recursos para diseñar e implantar de forma efectiva las intervenciones en esta área. La evaluación de los programas de salud pública es especialmente relevante debido al interés de los sistemas sanitarios por estimar la continuidad de la asistencia, vinculando las intervenciones clínicas a las mejoras en salud pública. La adopción de la filosofía, la tecnología y los instrumentos de gestión clínica, la privatización de los servicios de salud pública y la disminución de los recursos para salud pública reflejan la necesidad de desarrollar indicadores para hacer un seguimiento de estos cambios.

La evaluación en salud pública supone un mayor reto cuando las intervenciones son programas comunitarios amplios no susceptibles de análisis tan rigurosos como los estudios controlados y aleatorizados. Además, se está empezando a cuestionar que estos estudios sean el patrón de referencia de los métodos epidemiológicos. Cuando las intervenciones consisten en un amplio conjunto de servicios, que frecuentemente llevan a cabo diversas organizaciones y profesionales, orientados a

enfermedades multifactoriales que afectan a toda una comunidad, es especialmente complicado establecer medidas de evaluación de las intervenciones capaces de identificar la responsabilidad de cada uno de los actores. Sin embargo, hay abordajes híbridos de evaluación que utilizan medidas de la práctica y de estándares de referencia que, agregados, proporcionan información suficiente para evaluar las intervenciones clínicas y las intervenciones de salud pública.

### **Instrumento de evaluación de las capacidades en vigilancia y respuesta (OPS).**

- Herramienta nueva para todos los países en las Américas y el Caribe de modo de evaluar sus servicios de salud pública incluyendo su desempeño
- Focalizar en vigilancia y los servicios de laboratorio del Ministerio de Salud, también en los diferentes programas responsables para el control de enfermedades y vectores
- Se espera que el proceso de evaluación y la herramienta se difunda dentro de los próximos meses.

### **COMUNICACIÓN**

La estrategia busca hacer de la comunicación el proceso por el cual se consoliden los mensajes de educación y de promoción del tema que hemos priorizado. Para ello, deberás tener que realizar los siguientes puntos:

- Identifica las necesidades de información existente en la población de riesgo.
- Identifica los espacios y medios más utilizados por nuestro público objetivo, toma en cuenta sus características socioculturales.
- Verifica cuáles son los recursos logísticos y financieros cuentas para desarrollar acciones comunicativas

- Identifica a actores claves de aceptación popular que puedan ser mediadores de la información.

Por tanto, la estrategia del plan de comunicación es integral, en la cual se incorporan estrategias de comunicación organizacional, de comunicación social y de prensa.

**En comunicación organizacional:** Definir mecanismos para hacer fluir información oportuna y correctamente, tanto en nuestra organización como en otras que son clave. Se debe coordinar internamente con las oficinas, centros, puestos, redes y agentes de salud para manejar una sola información. Además, realiza reuniones técnicas y de capacitación para la toma de decisiones antes, durante y después de la intervención.

**En comunicación social:** Informar y educar a la población haciendo uso de los distintos canales de comunicación, masivos, interpersonales y comunitarios (visitas domiciliarias, consejerías, fiestas costumbristas). Se debe convocar y organizar eventos sociales de participación social (pasacalles, ferias, conciertos), realizar convenios con instituciones que ayuden a la difusión de la campaña de salud (abogacía social), distribución y colocación de materiales de difusión en lugares estratégicos, diseño y validación de materiales de comunicación acorde a cada realidad y gusto de la población objetivo.

**En prensa:** Convocar a los distintos medios de comunicación para colocar el tema de salud en agenda periodística. Para ello, se debe desarrollar reuniones de sensibilización con periodistas, redactar permanentemente notas de prensa, coordinar entrevistas a voceros, capacitar a voceros, contactar conductores de programas de medios de comunicación con mayor rating para que anuncien e informen.

Cada una de estas estrategias por áreas implica desarrollar un plan de acción en donde se detalle las actividades que se van a desarrollar para lograr con las metas en el tiempo establecido, según el cronograma del plan de comunicación.

La estrategia debe ser entendible, aceptada y acorde con el público objetivo. Para la formulación de la estrategia de comunicación se toma en cuenta: el discurso, los portavoces o voceros y la abogacía.

## **CONTROL**

### **Concepto:**

El Control de gestión se define como el sistema de información asistencial y administrativa, que permite llevar a cabo el seguimiento de la productividad y rendimiento de las actividades que identifican la prestación de servicios médicos.

### **Aspectos generales:**

- Desde el punto de vista de la Atención Médica, tiene mucho que ver con las estrategias asistenciales comunes de las instituciones de salud, en el binomio Oferta – Demanda. Las decisiones que adoptan los dispensadores de atención médica, deben estar respaldadas por toda aquella información oportuna, pertinente y completa, para garantizar el funcionamiento de la oferta.
- Organizar los servicios de forma eficiente y eficaz, en relación al logro de los objetivos normativos, sus costos, su proyección a la comunidad. Por ello la información reunida debe estar orientada al usuario y ser confiable, propósito necesario para atender las necesidades de gestión de los servicios.
- Para lo cual se toma en cuenta la diversidad de variados y complejos factores, que involucran: la relación médico –

paciente; oferta y necesidades de la demanda recursos disponibles; comportamiento de los niveles responsables de gestión; el uso de los servicios de apoyo y en particular, la estructura de los niveles operativos en las acciones de salud

- El control de gestión se ha convertido en el instrumento más apropiado para observar, analizar y proyectar el comportamiento de los recursos, en el cumplimiento de los objetivos institucionales. Además de proporcionar las herramientas necesarias para justificar los costos y gastos que implican las actividades de la asistencia médica y tomar conciencia general sobre la calidad de los servicios de salud y la atención médica dispensada. .
- La gestión asistencial consiste en la realización de acciones con recursos humanos motivados y tecnológicos utilizados, bajo una conciente y racional dirigencia, para asegurar que las necesidades de salud de los pacientes sean restaurados en la medida que esos recursos estén cuantificados y calificados hacia las actividades que deben desarrollarse.
- El control, como función, busca asegurar que los resultados de gestión que se obtengan, estén acordes y lo más cerca posible con los resultados planteados y esperados. Donde se incluye la eficacia y eficiencia de la atención dispensada, en su calidad y en las cantidades que sean necesarias, tanto en lo asistencial como en lo administrativo.
- Con este fin se toman las decisiones médicas que concierne a los pacientes de forma individual o por grupos identificados por una patología determinada y con procedimientos médicos comunes como la de aquellos otros, que por una razón u otra, en un momento determinado, acuden a las instituciones de salud para recibir asistencia en los servicios o unidades responsables de su prestación.
- Las decisiones diagnósticas o terapéuticas directas sobre el individuo, las lleva a cabo cada médico, enfermera, técnico...en

particular; bien trabajando por separado o conformando un equipo. Mientras que aquellas decisiones más trascendentes, que tienen carácter público, las toman los dirigentes responsables de las distintas áreas o departamentos.

- Todo el personal calificado, capacitado y responsable de brindar atenciones a los pacientes, está gestionando el producto asistencial más importante de la institución, como lo es, el satisfacer las necesidades de sus usuarios, utilizando de una forma u otra los recursos que dispone y que se encuentran a su alcance, lo cuales debe utilizar racionalmente.
- Los intervinientes básicos de los servicios que se prestan en los niveles asistenciales, siguen siendo: el riesgo de enfermarse y la incertidumbre, del que se estén satisfaciendo las necesidades del usuario y cubriéndose, así, sus expectativas.

### **Control de las enfermedades transmisibles**

Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio tenemos también compromisos y retos nacionales con relación a las enfermedades transmisibles, como son los temas de malaria, dengue, bartonelosis, tan peruanas como cualquiera de nosotros, el VIH Sida, que nos golpea tanto y también otro conjunto de enfermedades transmisibles que son parte de las acciones que se vienen desarrollando desde el nivel nacional y que está a cargo de las direcciones regionales, donde todavía estamos muy lejos de estar satisfechos con los resultados obtenidos.

### **Control de las enfermedades crónicas y degenerativas**

Tenemos además compromisos con relación a las enfermedades crónicas degenerativas que están ubicadas como estrategias con diversos planes para encararlas, como son: El cáncer, la hipertensión, la diabetes, y otras enfermedades. Enfrentamos, por lo tanto, un panorama de objetivos sanitarios, al cual no somos ajenos y sobre el cual tenemos definiciones muy claras y

concretas que habrá que ir midiendo, porque si no constatamos los avances y no identificamos los problemas no vamos a poder avanzar y lograr esos objetivos.

## **VIGILANCIA**

La vigilancia en salud pública se define como un proceso permanente y continuo de observación, recolección, análisis, interpretación y divulgación de información sobre los eventos de salud y sus factores condicionantes, así como la evaluación de intervenciones sanitarias sociales, con el fin de retroalimentar con esta información a los distintos usuarios del Sistema Nacional de Salud y contribuir al diseño de intervenciones. Proceso de monitoreo crítico, sistemático y constante de los eventos en salud, que fundamenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública.

Según HAMLON (2000: 20), define a la sala situacional como:

*“...el espacio físico y virtual donde información de diferentes características es analizada sistemáticamente por un equipo de trabajo para caracterizar; la situación de salud el perfil de oferta de servicios, la respuesta institucional y de cooperación técnica en un espacio-población, que facilite la concentración de intervenciones en los diferentes niveles de agregación”. (6)*

### **Comentario:**

Los problemas relacionados con la situación alimentaria y nutricional, incluyendo los problemas de inseguridad alimentaria y del estado nutricional de la población representan un serio problema no solo de salud pública sino en general para el desarrollo del país, con elevados costos humanos, sociales y económicos, afectando a los más vulnerables, que son los niños, mujeres y ancianos.

El término Situación de Salud, es el proceso por el cual se determina el estado de salud de una población a través de diversas metodologías o enfoques con los cuales se pueda conocer los principales problemas de salud en un espacio población, los factores de riesgo que la anteceden, la red de servicios de salud que en su conjunto contribuyen al conocimiento, intervención, monitoreo y evaluación del proceso salud enfermedad.

Una adecuada práctica de la salud pública necesita que las decisiones tengan una base técnico científica, dentro de la cual la vigilancia en salud pública se convierte en un componente esencial y necesario para el desarrollo de esta práctica a través del uso de la información que se genera para la formulación de políticas, planes, programas o proyectos que redunden en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

### **VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**

La vigilancia en salud pública vigila los riesgos y daños biológicos, del comportamiento y del medio ambiente, tanto individuales como colectivos. Para ello emplea la notificación obligatoria, la vigilancia activa por medio de observatorios y centinelas, entre otros, y la investigación de modelos de riesgo y enfermedad en las condiciones y eventos priorizados.

La vigilancia en salud, aplicando todos sus procesos y componentes generará el conocimiento sobre la situación de salud de la población, la cual permitirá al Ministerio de Salud junto con el modelo de desarrollo general ajustar el Plan Nacional de Salud Pública.

Esta línea demanda el desarrollo de procesos de aprendizaje individual, grupal y organizacional para la generación, aplicación y apropiación del conocimiento. Esto lleva a una

concepción dinámica de la relación entre el conocimiento, el sujeto que conoce y el entorno en el cual actúa para lograr una transformación positiva de la realidad. Requiere la construcción de alianzas entre el sector salud y los sectores como educación, medio ambiente, agua y comunicación entre otros, para la innovación e introducción de nuevas tecnologías.

La generación de conocimiento estará apoyada en el sistema de información de salud y en la investigación, procesos fundamentales en el Plan Nacional de Salud Pública y tiene como objetivo la identificación de las necesidades de salud de la población y sus determinantes.

La evaluación de resultados tiene como objetivo monitorear el grado de apropiación, ejecución y mejoramiento continuo de las políticas sectoriales y extrasectoriales definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y su impacto en la salud individual y colectiva.

## **IMPORTANCIA DE LA VIGILANCIA EN SALUD**

Los sistemas de vigilancia en salud son importantes porque:

- Permiten conocer la situación de los problemas de salud.
- Proveen los datos necesarios sobre diferentes factores complejos que intervienen en la ocurrencia de distintos problemas de salud.
- Facilitan la formulación de orientaciones sobre bases objetivas, con el fin de prevenir y controlar los problemas de salud.
- Permiten prevenir y actuar con más precisión y efectividad en las acciones frente a brotes epidémicos y epizooticos.
- Facilitan la toma de decisiones de los niveles ejecutivos de las instituciones de salud y del gobierno.

## **SALA SITUACIONAL**

La Sala Situacional es un espacio, virtual y matricial, de convergencia en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas.

Cuando hablamos de situaciones de salud no nos estamos refiriendo, como podría pensarse, a las tradicionales situaciones de analizar los daños y, en el mejor de los casos, evaluar los riesgos sino a todo tipo de situación de la epidemiología aplicada a los servicios hospitalarios y se convierte en el instrumento idóneo para la información de la vigilancia de salud pública.

Una preocupación permanente en el funcionamiento de la sala situacional debe ser, en el marco de los procesos de reforma del sector salud, el contribuir al monitoreo y evaluación de la implementación de las funciones esenciales de salud pública.

Como las funciones esenciales en salud pública deben estar orientadas a mejorar las condiciones de salud y de vida de las poblaciones, la medición e intervención sobre las inequidades será un tema obligado para lograr el bienestar de la población y es, entonces, en donde la sala situacional juega un papel determinante para la identificación, medición y reducción de las desigualdades que impiden el disfrute de la salud como un derecho humano. Si bien la sala situacional se debe interesar en todas las funciones, la mayor responsabilidad de la sala situacional es la generación de inteligencia en salud.

Esta Sala Situacional presentará:

- Información estática reflejando la Misión y Visión estructura organizacional, la disponibilidad de Recursos institucionales, la

Población de responsabilidad y otras que permita ubicarse en el ámbito institucional.

- Información dinámica reflejando el resultado de la vigilancia epidemiológica desarrollado en la institución, y el resultado del Monitoreo las principales indicadores hospitalarios el estudio de brotes hospitalarios y otra información que permitirá la toma de decisiones a la alta dirección y funcionarios responsables de los servicios.

## **OBJETIVOS**

### 1. Objetivo General

Desarrollar una cultura de análisis y uso de la información producida por los servicios de salud con la finalidad de realizar una adecuada toma de decisiones en la solución de los problemas de salud.

### 2. Objetivos Específicos

- a) Crear las condiciones básicas para pasar de un sistema de registro de datos a un sistema interpretativo de la información.
- b) Producir información sobre la situación de salud de la población del área jurisdiccional respectiva.
- c) Facilitar el análisis de la situación de salud en un espacio/población.
- d) Fortalecer la relación entre la información y la gestión para mejorar la calidad de las decisiones.

## **FUNCIONES**

1. Servir a la Gestión en la formulación de Políticas de Salud, planificación y Monitorización de las actividades estratégicas de la institución, así como identificar problemas prioritarios, recomendar intervenciones en puntos críticos y coordinar la respuesta ante situaciones de emergencia sanitaria.

2. Monitorizar permanentemente la situación de salud de la región y los factores que influyen en ella.
3. Servir como instrumento para la coordinación intra y extrasectorial, obteniendo información necesaria para enfrentar satisfactoriamente urgencias de salud pública.

## E. INTELIGENCIA SANITARIA

La Escuela Nacional de Salud Pública (2005:48), sostiene que:

*“La Inteligencia Sanitaria es una herramienta de primera importancia para la Autoridad de Salud en su función de gobierno y financiamiento en el sector salud, en este sentido, debe contribuir a la implementación y consolidación de la reforma sectorial y orientar la función de regulación y control del Ministerio de Salud”. (7)*

### **Comentario:**

La conducción de la gestión en salud pública requiere del análisis profundo de la realidad sanitaria, de sus condicionantes y de la respuesta del sector y la sociedad para efectuar los cambios que mejoren las condiciones de vida y salud de la población.

Definida de esta manera, la Inteligencia Sanitaria es la estrategia para cumplir directamente las funciones esenciales de la salud pública: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud, Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública e Investigación en salud pública.

- La inteligencia sanitaria debe tener como soporte un sistema único de información, dentro de las necesidades institucionales. De este sistema debe extraerse los datos de morbi-mortalidad y de producción de servicios.
- Debe ser un sistema para la gerencia regional y el gobierno. Es necesario establecer y normar la utilización de información de otros sectores que tengan relevancia para la salud; logrando la accesibilidad a esta información en forma oportuna para lo cual se buscará los acuerdos necesarios según los niveles pertinentes.
- Su estructura debe ser uniforme desde el nivel local, aunque los reportes y las funciones deben ser diferentes (nivel local, de

red de servicios, regional y nacional); con un mayor detalle para el primer nivel, pues sirve para la gerencia operativa.

- En el nivel regional se debe disponer de reportes de datos consolidados, pues sirve para el monitoreo y la definición de políticas. Esto no significa que en el nivel regional no puedan acceder a información más desagregada, a través del manejo de la base de datos.

Para la institucionalización y normatividad del Sistema de Inteligencia Sanitaria se requiere que el nivel central del Ministerio de Salud oficialice y promueva el desarrollo e integración de los comités de Inteligencia Sanitaria del nivel nacional y del regional.

Por otro lado las Inversiones para la implementación y desarrollo de la Inteligencia Sanitaria en el Perú se sustentan en varios elementos que hasta la fecha no han recibido la atención debida. Uno de ellos es el sistema de información, el cual requiere de soporte tanto en capacitación de usuarios, como en desarrollo tecnológico. Esta inversión puede ser realizada por el propio Ministerio o puede ser canalizada por éste hacia las agencias cooperantes.

En síntesis, el fin del Sistema de Inteligencia Sanitaria es contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población. Su Propósito, lograr que las autoridades responsables de la salud pública tomen decisiones basándose en evidencias. Su visión, un sistema construido por distintos actores en el trabajo sanitario que permita disponer fácilmente de datos e información analizada y presentada con base epidemiológica, accesible a todos los niveles de gestión nacional a local para proyectar escenarios. Su misión: Generar conocimiento especializado de manera oportuna y confiable e incentivar hacia una gestión de la salud pública basada en resultados.

## **INFORMACIÓN OPORTUNA**

La inteligencia sanitaria debe tener como soporte un sistema único de información, dentro de las necesidades institucionales. De este sistema debe extraerse los datos de morbi-mortalidad y de producción de servicios. Debe ser un sistema para la gerencia regional y el gobierno.

Es necesario establecer y normar la utilización de información de otros sectores que tengan relevancia para la salud; logrando la accesibilidad a esta información en forma oportuna para lo cual se buscará los acuerdos necesarios según los niveles pertinentes. Su estructura debe ser uniforme desde el nivel local, aunque los reportes y las funciones deben ser diferentes (nivel local, de red de servicios, regional y nacional); con un mayor detalle para el primer nivel, pues sirve para la gerencia operativa.

En el nivel regional se debe disponer de reportes de datos consolidados, pues sirve para el monitoreo y la definición de políticas. Esto no significa que en el nivel regional no puedan acceder a información más desagregada, a través del manejo de la base de datos.

Por consiguiente la Inteligencia Sanitaria, debe alimentarse de un sistema de información sólido, eficaz y eficiente. Debe dar una correcta interpretación al curso actual de los hechos y, según su tendencia, prevenir sus hechos futuros. Debe tener la capacidad de anticiparse a las amenazas y reconocer las oportunidades que se avecinan o que ya están presentes en forma inicial. Para ello debe incorporar la vigilancia de los factores de riesgo y profundizar el conocimiento acerca de sus interacciones, incluyendo comportamientos y estilos de vida, así como factores ambientales. Debe incluir los datos de la respuesta social a los

problemas de salud, incluyendo información de los sistemas administrativos y de soporte. Debe considerar, en suma, la complejidad del proceso salud enfermedad, incorporando los elementos informativos que permitan un conocimiento adecuado de los determinantes de la situación de salud.

### **Tipos de información**

Existen cuatro grandes tipos de información que conforman el conjunto de variables dentro de un sistema de salud:

- En primer lugar está la Información de los daños a la salud (muertes, enfermedad, lesiones, discapacidad, etc.) que describen los problemas de salud que afectan directamente a la población.
- El segundo tipo se refiere a los factores de riesgo biológicos o a los determinantes sociales; es decir no se trata problemas de salud, sino de los factores que producen los daños o facilitan su propagación, por lo que su persistencia aumenta el riesgo de producir daños a la salud.
- El tercer tipo incluye los datos de las acciones del sistema de servicios de salud ante los problemas de salud y sus factores de riesgo; incluye a las acciones de salud colectiva con sus indicadores operacionales de cobertura, eficacia, eficiencia, etc., los servicios de salud individual, donde se mide la producción, cobertura, calidad, indicadores con los que se gerencia los programas y se toman la mayoría de las decisiones cotidianas en las DISAS, cabeceras de redes y establecimientos de salud; recursos con los que se cuenta para responder a las necesidades sanitarias de las poblaciones, considerando los recursos financieros, materiales y humanos; lineamientos de política, objetivos propuestos y metas de gestión a alcanzar y que están definidos en los documentos que establecen el contexto de las intervenciones en todos los niveles.

- Finalmente, está la información de las prestaciones brindadas, no solo desde la perspectiva de la oferta, la cual en gran parte ya es recogida en los datos de los servicios de salud individual y colectiva, sino desde la perspectiva de los beneficiarios de estas prestaciones para averiguar sus percepciones respecto a la idoneidad de la prestación que reciben en términos de satisfacción, accesibilidad y oportunidad.

## **CONOCIMIENTOS**

El conocimiento de los procesos causales que originan, difunden y mantienen los problemas de salud en poblaciones humanas, es esencial para que la salud pública pueda desarrollar servicios, programas y acciones urgentes en respuesta a las necesidades y problemas de las poblaciones.

Los conocimientos son clave, porque inteligentemente empleados permiten la consideración de los valores implicados, el planteamiento de los problemas en su contexto, la selección de cursos de acción, la consideración de sus coste-oportunidad, el diseño de políticas encaminadas a su resolución, la monitorización del proceso de implantación y de su impacto en la salud de los individuos y poblaciones y el reinicio del proceso para corregir ineficiencias e inequidades.

Por consiguiente es clave, la transmisión inteligente del conocimiento tanto a los decisores (políticos y gestores), como a los profesionales (de atención clínica y de salud pública), a los pacientes y sus familiares y a la población en general.

Asimismo, es importante que el médico clínico tenga entre sus herramientas habituales el conocimiento sobre la ley de cuidados inversos, y aplicarlo tratando de acercar sus prácticas médicas a aquellos pacientes que más se enferma y menos acceso al sistema sanitario suelen tener.

Respecto a la presentación y selección del conocimiento es imprescindible el uso de la información geográfica, los “atlas”. La aparente simplicidad de los atlas da idea de la manera en que se puede presentar información muy complicada de forma que se entienda sin ver ni números, ni tablas, ni casi “estadística”. En cualquier caso la información geográfica ha sido erróneamente olvidada desde su esplendor a finales del siglo XIX, y conviene que brille de nuevo con fuerza mediante el uso de inteligencia sanitaria.

Asimismo, es clave la información y el conocimiento que tenga en cuenta los grupos sociales, no sólo los marginales. Por lo tanto es importante el conocimiento sobre salud según clases sociales, niveles de educación y de ingresos y de otros sistemas que permiten combinar geografía y situación social, como lugar de residencia.

## **HABILIDADES**

A pesar de sus contribuciones en el pasado, la salud pública tiene en la actualidad insuficiente protagonismo asociado con el escaso reconocimiento de la profesión y de sus profesionales; de allí que se busque fortalecer la salud pública, profundizando en la coherencia de sus objetivos y de su base científica y metodológica, así como garantizando las competencias de sus profesionales.

Actualmente se recomienda la identificación de competencias profesionales para asegurar la consistencia y comparabilidad entre los distintos ámbitos laborales y profesionales de la función de salud pública; existiendo en la actualidad diversos grupos que elaboran estándares basados en las competencias básicas para

la nueva figura del médico salubrista que enfatice la formación multidisciplinar.

Además, es importante identificar las competencias básicas, a partir de las cuales se propicie una reforma de los modelos de formación en el pregrado basados en la capacitación para el ejercicio de estas competencias. Se trata entonces, de definir las competencias de la salud pública, partiendo del reconocimiento y vigencia de las funciones esenciales de la salud pública.

Asimismo, los campos de acción de la salud pública; requieren ser identificados y potenciados para la aplicación de las competencias y el desempeño profesional. Para cada una de las funciones esenciales de la salud pública se identificaron una serie de competencias básicas o habilidades en las siguientes dimensiones:

- a) analíticas;
- b) de comunicación;
- c) de planificación, formulación de políticas y programación; d) en las ciencias básicas de salud pública,
- e) culturales;
- f) planificación financiera y gestión, y
- g) otras.

## **TOMA DE DECISIONES**

La toma de decisiones es un método que se desarrolla como un proceso interactivo en donde la información de entrada tiene un papel preponderante hacia la consecución de los resultados. Este proceso que debe ser transparente, considera componentes inteligentes en donde de manera deductiva e inductiva se llega a una conclusión y elección. El proceso de toma de decisiones involucra una serie de etapas que deben ser secuenciales y exclusivas. Estas son:

1. Identificación del problema
2. Análisis del problema
3. Estudio de alternativas
4. Selección de alternativas
5. Evaluación de resultados

### **ATENCIÓN PRIMARIA E INTELIGENCIA SANITARIA**

Una atención primaria sólida sirve de filtro y protege a los pacientes que no necesitan los cuidados ocasionales de los especialistas. Esta atención primaria precisa de inteligencia sanitaria que dé apoyo a una visión global y en su contexto de forma que logre crédito social.

Una atención primaria sólida:

- a. Limita las barreras al máximo, de forma que asegura una accesibilidad efectiva según necesidad; ello exige una organización flexible que rompa las barreras geográficas, culturales, administrativas, económicas y otras. A este respecto no basta con un sistema sanitario de cobertura universal y gratuita en el punto del servicio, pues los “co-pagos” existen siempre y suelen pagarlos más los miembros de la clase baja. Los centros de salud se quedan con una población “esclava” mientras los problemas agudos y las descompensaciones de los pacientes crónicos acaban en sistemas alternativos “de urgencia” muchas veces mal coordinados con los centros de salud.
- b. Implica el compromiso personal de los profesionales con su población y sus pacientes. La longitudinalidad es básica y central en atención primaria y se basa en la relación personal entre médico y paciente, de forma que se prestan servicios variados y para la mayor parte de los problemas de salud por el mismo médico a lo largo de los años. La longitudinalidad se pierde cuando el médico se traslada, y con ello también se

pierde una gran parte de la eficiencia de la atención primaria, pues el conocimiento acumulado del paciente, su familia y su comunidad permite al médico tomar decisiones acertadas y a bajo coste. Naturalmente, los traslados de médicos son frecuentes en los países de provisión pública y centros de salud, como los señalados arriba.

- c. Tiene médicos polivalentes y muy resolutivos. Para cumplir con esta polivalencia y lograr una gran capacidad de resolución de problemas tiene que controlar la incertidumbre, administrar adecuadamente los tiempos clínicos, renunciar a la tiranía del diagnóstico, ser flexible y accesible y mantener y acrecentar continuamente su formación científica, técnica y humana. Es clave contar con recursos básicos, desde morfina a material de un solo uso, pero sobre todo es fundamental que se le transmita el nuevo conocimiento en forma que pueda incorporarlo a su práctica clínica diaria. De esta forma la atención primaria logra crédito social, a través del buen hacer del médico general que ofrece calidad clínica en todas sus dimensiones, y sobre éste crédito se pueden construir las vertientes comunitarias y de promoción de la salud.
- d. Tiene papel de filtro para el acceso a los especialistas y hospitales. El monopolio de acceso a la atención especializada es clave para la prevención cuaternaria. El papel de filtro exige una buena coordinación entre primaria y especializada, y la cesión de poder al médico general. El papel de filtro se asocia tradicionalmente al pago por capitación, y este a la existencia de listas de pacientes. Las formas de pago son muy importantes para determinar la actividad médica, tanto en positivo como en negativo.

### **2.2.3. PROCESO DE ATENCIÓN EN INFECCIÓN DE BRONQUITIS AGUDA**

#### **A. TEORÍAS**

- **LA TEORÍA DE LA PRESIÓN DE SECRECIÓN.-** Sugiere que las secreciones mucosas y viscosas taponan y distienden mecánicamente el bronquio causando dilatación que permite después de que el tapón del moco ha sido removido.
- **LA TEORÍA DE LA TRACCIÓN.-** Sugiere que la enfermedad pulmonar parenquimatosa con fibrosis cicatriza y aumenta la elasticidad del alvéolo sobre distendido ejerciendo tracción sobre las paredes bronquiales produciendo dilatación.
- **LA TEORÍA DE LA INFECCIÓN.-** Sugiere que la infección lleva a debilidad de las paredes bronquiales y si es persistente o recurrente puede dañar las capas muscular o elástica o alterar las propiedades funcionales del bronquio, especialmente el retroceso elástico por edema o inflamación.

## **B. CONCEPTO BRONQUITIS AGUDA**

Según Díaz (2008: 71), sostiene que:

*“La bronquitis (traqueo bronquitis) aguda consiste en una respuesta inflamatoria transitoria del árbol traqueobronquial, generalmente asociada a procesos infecciosos aunque también puede desarrollarse después de inhalar toxinas, irritantes o vapores nocivos, o con el uso de ciertos fármacos, como los IECA. Es acompañada de tos con o sin expectoración y suele seguir un patrón estacional con mayor número de casos en invierno.”. (8)*

### **Comentario:**

El desarrollo de la bronquitis aguda se da porque los virus se propagan por el aire cuando alguien tose o a través del contacto físico. Además, puede ser causada por la exposición al humo del cigarrillo, contaminación del aire, polvo y gases.

Es una inflamación aguda de la mucosa que reviste todo el árbol bronquial, la cual generalmente suele ser auto limitada y cura completamente con recuperación de la función pulmonar.

Lewis (2004:606), manifiesta:

*“La bronquitis aguda es una inflamación de los bronquios debido generalmente a una infección, es una de las enfermedades mas frecuentes en la asistencia primaria que aparece como una secuela de una infección de las vías respiratorias superiores”. (9)*

### **Comentario:**

La bronquitis aguda es usualmente producida por virus como manifestación de una gripe y a veces complicada o producida por bacterias. Cuando se tiene estos casos en los establecimientos de salud se manejan y se resuelven favorablemente.

Los niños, ancianos y las personas fumadoras se ven afectadas con mayor frecuencia, sobre todo en época invernal.

La bronquitis aguda, por otra parte, es una enfermedad viral (causada por un virus). Comienza con sinusitis, secreciones de la nariz y dolor de garganta y después alcanza a las vías respiratorias, con una tos seca que suele durar varias semanas. Es común que, una vez afectado por la bronquitis aguda, el paciente contraiga una infección bacteriana secundaria en las vías respiratorias.

## **C. EPIDEMIOLOGIA DE LA BRONQUITIS AGUDA**

La bronquitis aguda es una de las causas más frecuentes de ausencias laborales y escolares; consideradas la quinta enfermedad en frecuencia de diagnóstico por los médicos de familia. Que en épocas invernales superan las visitas en consulta. Se da debido a:

- Cambios de temperatura.
- Transmisión por vía aérea del hombre enfermo al sano.
- Grandes aglomeraciones.
- Cualquier sexo y edad.

## **D. FACTORES DESENCADENANTES**

## **AFECCIÓN PULMONAR OBSTRUCTIVA**

Es un grupo de enfermedades pulmonares caracterizadas por un flujo de aire limitado, al igual que grados variables de ensanchamiento de los alvéolos, inflamación de las vías respiratorias y destrucción del tejido pulmonar.

La causa principal de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es el hábito de fumar, que puede conducir a las dos formas más comunes de esta enfermedad: el enfisema y la bronquitis crónica.

El tabaquismo es causa más de un 80 por ciento de los casos del enfisema, de la bronquitis crónica y de otras enfermedades crónicas del pulmón. La mayoría de los que sufren EPOC son fumadores severos, actuales o previos.

Otra causa conocida de la EPOC es una deficiencia hereditaria relativamente rara de una proteína llamada alfa-1-antitripsina, con una función protectora en los pulmones. Estos enfermos tienen una forma severa de enfisema de comienzo muy precoz, antes de los 30 ó 40 años.

La exposición frecuente o prolongada a aire contaminado o las infecciones de vías respiratorias también puede desempeñar una función en el desarrollo de la EPOC.

El consumo prolongado de tabaco ocasiona la inflamación del pulmón y produce grados variables de destrucción de los alvéolos, lo cual lleva a la inflamación y estrechamiento de las vías respiratorias (bronquitis crónica) o ensanchamiento permanente de los alvéolos pulmonares con reducción de la elasticidad de los pulmones (enfisema). Del 15% al 20% de las

personas que fuman durante mucho tiempo presenta la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

## **EL TABAQUISMO Y LA BRONQUITIS AGUDA**

Se ha comprobado, que el humo del tabaco es la causa de más del 80 por ciento de los casos de bronquitis aguda y crónica. Las personas que fuman tienden a tener un período más difícil para recuperarse de bronquitis aguda y otras infecciones respiratorias.

Fumar causa daños a los pulmones de distintas maneras. Casualmente, el tejido de la cilia deja de proteger a los conductos de partículas provenientes del tabaco, incluyendo los irritantes y el exceso de mucosidades. Cuando así sucede, los pulmones del fumador(a), se vuelven aún más vulnerables a la infección. Con el tiempo, las sustancias nocivas del tabaco dañan permanentemente los conductos de aire, aumentando el riesgo de padecer enfisema, cáncer y otras enfermedades pulmonares serias. Asimismo, fumar también ocasiona que las glándulas encargadas de producir mucosidades aumenten su tamaño y produzcan más mucosidades. Las partículas tóxicas y los químicos del cigarrillo, ocasionan la tos crónica en las personas que la sufren.

Además, el humo del tabaco mantiene permanente inflamadas las mucosas de tracto respiratorio, además que daña a grados de eliminar las vellosidades bronquiales, mantiene un nivel mas bajo de células de defensa. Todo esto, asociado a un proceso infeccioso (bronquitis aguda) hace que las defensas naturales no funcionen normalmente, las bacterias se multiplican en mayor número y más rápidamente y los medicamentos hacen menos efecto. FUMAR durante cualquier infección retrasa la sanación, especialmente en infecciones de tracto respiratorio que esta expuesto directamente es peor.

Por consiguiente, aun cuando te recuperes aparentemente bien, las estructuras quedan dañadas y susceptibles a infecciones más graves y fuertes.

## CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

En la actualidad, existe la problemática de la influencia de la contaminación atmosférica en el desarrollo de la bronquitis aguda, dando como resultado la influencia del hombre de manera negativa en el proceso de contaminación. Además, se requiere la creación de políticas tanto gubernamentales como personales para cuidar el medio ambiente que nos cobija cada día, y que nos afecta de manera directa.

Casi siempre, la bronquitis aguda es provocada por virus que atacan el recubrimiento del árbol bronquial y causan infección. A medida que el cuerpo se defiende de estos virus, se produce una mayor hinchazón y más mucosidad. Lleva tiempo que el cuerpo mate estos virus y cure el daño a los bronquios. En la mayoría de los casos, los mismos virus que provocan resfriados provocan bronquitis aguda.

Las investigaciones han demostrado que la infección bacteriana es una causa mucho menos común de la bronquitis de lo que los médicos solían pensar. Muy rara vez, una infección provocada por un hongo puede provocar bronquitis aguda. La exposición a una sustancia irritante (como el humo, el polvo o los contaminantes del aire) puede provocar bronquitis.

Según CABRERA y RODRÍGUEZ (2005: 129), manifiestan que:

***“Las causas mas comunes de la bronquitis son infecciones producto de la acción de bacterias o virus, pero hay que destacar que hay diversos factores de riesgo que pueden dar pie a esta enfermedad, que pueden hacer a una persona mas propensa o simplemente pueden agravar su situación pasando de bronquitis aguda, es decir un cuadro que dura un tiempo corto, a bronquitis grave, que es cuando esta supera los tres meses o se presenta en muchas ocasiones en el año, además trae consigo una mayor gravedad en cuanto a su acción en el organismo”.*(10)**

**Comentario:**

Mayormente cuando una persona esta mal alimentada sus defensas están muy bajas y si no tiene el cuidado que deben tener con una bronquitis aguda se puede agravar su enfermedad.

Los virus que provocan la bronquitis aguda se rocían en el aire o en las manos de las personas cuando tosen. Puede contraer bronquitis aguda si aspira estos virus. También puede contraerla si toca una mano cubierta de estos virus.

Asimismo, si se encuentra cerca de emanaciones perjudiciales (como aquellas de determinados tipos de fábricas), tiene más probabilidades de contraer bronquitis aguda y que le dure más tiempo. Esto se debe a que el árbol bronquial ya se encuentra dañado.

En los factores de riesgo, se piensa que puede deberse a funciones genéticas, ya que la posibilidad de resistir los virus, los agentes contaminantes o el tabaquismo ya en cada persona, por lo cual no es extraño que fumadores empedernidos jamás desarrollen la enfermedad, una deficiencia hereditaria relativamente rara de una proteína llamada alfa-1-antitripsina que cumple una función protectora en los pulmones y también se estudia la posibilidad que el sexo del individuo influya, ya que más mujeres que hombres presentan la enfermedad.

## **TIEMPO FRIO Y HUMEDO**

La bronquitis aguda tiene cierta relación con los cambios climáticos, por lo que los cambios bruscos de temperatura, exalta la virulencia de gérmenes oportunistas que atacan las vías respiratorias y que ocasionan las infecciones respiratorias. Es posible por otra parte, que factores ligados al clima frío, tales como el hacinamiento o la contaminación doméstica por residuos orgánicos, sean a la larga responsables por la mayor morbilidad y mortalidad respiratoria durante los meses de invierno. El frío perjudicial es el que se inhala por la boca directamente a los bronquios, no el que circunda la piel. Por esta razón no hay que abrigarse más de lo normal, ni mucho menos encerrarse en las viviendas.

Los problemas de humedad pueden tener un efecto negativo en la salud de dos formas distintas; por la humedad del aire y la existencia de hongos. La alta humedad en casa acelera la desintegración de materiales como pintura y por ello las sustancias nocivas contaminarán el aire. Además los ambientes húmedos pueden causar síntomas de catarro.

También virus y bacterias, causantes de afecciones, prosperan en climas húmedos. Los hongos prefieren los espacios húmedos; la madera, el papel, la pintura, la tierra y los tanques de agua son lugares donde se pueden encontrar. Los hongos pueden causar congestión en la nariz, garganta seca, reacciones de la piel y asma. Según estudios existe una relación entre viviendas húmedas y síntomas como respiración chillante, tos, frío en el pecho y mucosidad en la nariz.

## **MALA ALIMENTACIÓN**

La alimentación influye de manera determinada en la incidencia de bronquitis aguda en los adultos. El adulto mal alimentado está expuesto a diversos tipos de infección, particularmente a infecciones respiratorias y diarreas. Si no se presta la adecuada atención a la alimentación la bronquitis aguda produce pérdida de peso.

La alimentación y nutrición saludable son una de las mejores maneras de darle al cuerpo la nutrición que necesita es comiendo a diario una variedad de alimentos y bebidas con un adecuado contenido de nutrientes. Una buena nutrición promueve y mantiene la salud, retrasando algunos cambios del envejecimiento, disminuyendo la frecuencia de las enfermedades respiratorias.

- Es un proceso básico y fundamental para mantener una buena salud.
- La alimentación a todas las edades es muy importante.

## **AUTOCUIDADO DE LA ALIMENTACIÓN EN EL ADULTO MAYOR:**

- Conocer y acceder a los alimentos saludables
- Tener una alimentación balanceada.
- Consumir frutas, verduras, legumbres y cereales fibra.
- Consumir pescado fresco, aves.
- Consumir frecuentemente agua. Es importante beber líquidos a lo largo del día.
- Comer despacio y en bocados pequeños para evitar atragantarse y/o aspirar alimento.
- Consumir comida variada, con sabor, olor y buena presentación a la vista.
- Evitar frituras, grasas, embutidos, quesos, mantecosos, bebidas gaseosas, ají, enlatados.

- Evitar el exceso de sal y azúcar en las comidas. carnes rojas
- Disfrutar de la alimentación en familia, fomente la comunicación al comer. Haga de la hora de la comida un momento especial.
- Consuma alimentos de temporada, frescos, integrales, sin conservantes.
- Evite los cambios bruscos y las temperaturas extremas en los alimentos (muy caliente o muy fría).

## **E. VARIEDADES DE BRONQUITIS AGUDA**

En la bronquitis aguda se reconocen las siguientes variedades:

- **BRONQUITIS AGUDA CATARRAL MUCOPURULENTO.**

La mucosa está enrojecida y tumefacta. Abundante secreción mucosa fluida (exudado seromucoso) llena el lumen. Hay erosiones y numerosos leucocitos. Las consecuencias son abundante expectoración mucopurulenta, trastornos locales de la aireación por obstrucción y tos irritativa. Las alteraciones son reversibles. El epitelio bronquial se descama rápidamente y queda en el lumen.

- **BRONQUITIS AGUDA PSEUDOMEMBRANOSA**

El exudado rico en fibrina se coagula en la superficie y forma una pseudomembrana, que puede desprenderse y obstruir los bronquios pequeños y formar verdaderos moldes de la tráquea, que se expulsan con la tos (bronquitis plástica). Existe el gran peligro de la asfixia. La causa más frecuente es la bronquitis diftérica, ocasionalmente estafilococo y virus parainfluenza.

- **BRONQUITIS AGUDA NECRÓTICA-ULCEROSA**

Ocurre en personas que han inhalado gases tóxicos. También en aspiración de cuerpos extraños y en las virosis graves, en particular en pacientes con inmunodeficiencia. Las áreas necróticas superficiales son reemplazadas por epitelio regenerativo. Las profundas no curan y se produce una cicatrización con frecuentes estenosis. La intubación orotraqueal prolongada produce úlceras de decúbito en la tráquea. En los grandes bronquios, la destrucción es secundaria a la ruptura de un ganglio tuberculoso.

- **BRONQUITIS PÚTRIDA**

Se observa en las bronquiectasias como fenómeno secundario a la descomposición de secreciones estancadas por *Borrelia vincenti* o estreptococo anaerobio o después de la aspiración de contenido intestinal con bacterias y enzimas proteolíticas. Los bronquios se cubren de restos necróticos, fibrinosos, malolientes y entremezclados con los agentes causales.

## **F. MANIFESTACIONES CLINICAS**

Las manifestaciones clínicas son:

- La bronquitis infecciosa aguda en los adultos suele comenzar como un cuadro de catarro de las vías respiratorias superiores, con malestar general, escalofríos, discreto aumento de la temperatura corporal (38 - 38,5 grados centígrados), dolores musculares y en la garganta.
- Posteriormente aparece una tos molesta, que suele indicar el comienzo de una bronquitis. Esta tos es seca y no productiva en fases iniciales, pero a los pocos días se empieza a eliminar una expectoración viscosa en pequeñas cantidades, que se va haciendo más abundante y a acompañarse de flema si existe una infección bacteriana sobre agregada. Algunas personas

manifiestan un dolor quemante en el pecho, o dolor torácico que aumenta con la tos.

## **G. ENFERMEDADES PULMONARES EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS**

En la sociedad contemporánea el incremento en la población de ancianos es el resultado de los adelantos científicos, técnicos y las transformaciones sociales acontecidas, siendo uno de los mayores logros el aumento de la esperanza de vida, lo cual no ha sucedido de forma similar en los países desarrollados y subdesarrollados. El envejecimiento modifica el cuadro clínico de determinadas afecciones broncopulmonares en lo que se refiere a su forma de presentación y sus consecuencias. En ocasiones resulta muy difícil el diagnóstico de las enfermedades respiratorias en este grupo de edad ya que a las dificultades en el interrogatorio se unen las que ofrecen el examen físico como deformidades torácicas o colaboración insuficiente.

El adulto mayor omite o refiere mal sus síntomas ya sea por miedo a la hospitalización, atribución de síntomas al envejecimiento o a factores sociales y culturales. Los exámenes diagnósticos también resultan ser complicados tanto su realización como interpretación. Por tanto, para realizar una historia clínica y llegar al diagnóstico en esta población se requerirá de paciencia y de una mayor disponibilidad de tiempo.

Por consiguiente, los problemas y síntomas respiratorios representan actualmente el motivo más frecuente de asistencia a nivel de atención primaria. Son a la vez importante causa de mortalidad y morbilidad lo que ocasionan un elevado gasto económico por el consumo de recursos sanitarios provocando graves consecuencias sociales y personales.

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Administración de riesgo.-** Constituye una disciplina autónoma manejada por un administrador de riesgos clínicos y un equipo multidisciplinario compuesto por médicos legistas, auditores, abogados especializados en riesgo, especialistas en higiene y seguridad, asesores, especialistas en electromedicina, y en recursos humanos.
- **Afección Pulmonar obstructiva crónica.-** Es una enfermedad caracterizada por la limitación al flujo aéreo en los pulmones, la cual no es completamente reversible. Empeora con el paso del tiempo y la presencia de síntomas.
- **Atención primaria.-** La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.
- **Bronquitis.-** Es una inflamación de las principales vías aéreas hacia los pulmones. La bronquitis puede ser de corta duración (aguda) o continua, es decir, que rígida por mucho tiempo y recurre a menudo.
- **Bronquitis aguda.-** Inflamación de las vías respiratorias principales que van a los pulmones (bronquios), generalmente por un tiempo breve. No es lo mismo que bronquitis crónica, que persiste por un período de tiempo más prolongado
- **Catarral mucopurulenta.-** La mucosa está enrojecida y tumefacta. Abundante secreción mucosa fluida (exudado seromucoso) llena el lumen. Hay erosiones y numerosos leucocitos.

- **Condiciones de salud.-** Significa que con el trabajo se consigue perder la salud, cuando se realiza en condiciones que pueden producir enfermedades o accidentes; y también cuando se produce fatiga e insatisfacción, rompiendo el equilibrio social y mental de las personas.
- **Contaminación ambiental.-** Es uno de los problemas ambientales más importantes que afectan a nuestro mundo y surge cuando se produce un desequilibrio, como resultado de la adición de cualquier sustancia al medio ambiente, en cantidad tal, que cause efectos adversos en el hombre, en los animales, vegetales o materiales expuestos a dosis que sobrepasen los niveles aceptables en la naturaleza.
- **Dolor torácico.-** Se define como Dolor torácico a cualquier sensación álgida localizada en la zona correspondiente entre el diafragma y la base del cuello, de instauración reciente que requiere diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que se derive un tratamiento médico-quirúrgico urgente.
- **Gestión.-** Hace referencia a la acción y a la consecuencia de administrar o gestionar algo. Al respecto, hay que decir que gestionar es llevar a cabo diligencias que hacen posible la realización de una operación comercial o de un anhelo cualquiera. Administrar, por otra parte, abarca las ideas de gobernar, disponer dirigir, ordenar u organizar una determinada cosa o situación.
- **Gestión de Calidad.-** Es la manera cómo la organización dirige y controla las actividades de su negocio que están asociadas con la calidad. Se debe hacer un sistema NO sólo para certificación, se debe preguntar qué aspectos de la organización están asociados con la calidad.  
Este sistema comprende la estructura organizacional, conjuntamente con la planificación, los procesos, los recursos, los documentos que necesitamos para alcanzar los objetivos de la organización para proveer

mejoramiento de productos y servicios y para cumplir los requerimientos de nuestros clientes.

- **Inteligencia sanitaria.-** Es la selección y presentación de información a los agentes-profesionales clave, en forma tal que lleve a acciones que modifiquen, en el sentido deseado, la salud de los pacientes y de las poblaciones.
- **Necrótica ulcerosa.-** Ocurre en personas que han inhalado gases tóxicos. También en aspiración de cuerpos extraños y en las virosis graves, en particular en pacientes con inmunodeficiencia.
- **Pseudomembranosa.-** El exudado rico en fibrina se coagula en la superficie y forma una pseudomembrana, que puede desprenderse y obstruir los bronquios pequeños y formar verdaderos moldes de la tráquea, que se expulsan con la tos (bronquitis plástica).
- **Sala Situacional.-** Es un espacio, virtual y matricial, de convergencia en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas.
- **Salud Pública.-** Es una disciplina teórica y se refiere a un saber reglamentado con unos contenidos ideológicos, científicos y tecnológicos, determinados por las condiciones históricas del conocimiento y su transmisión a lo largo del tiempo. Su interés está en comprender y explicar la salud de los grupos humanos. En su calidad de aparato ideológico, el saber de la “salud pública” no ha sido nunca neutral y como instrumento político ha contribuido tanto a perpetuar como a modificar decisiones que afectan la calidad de vida de los colectivos.

- **Tabaquismo.-** Es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo.
- **Vigilancia.-** Consiste en el monitoreo de eventos de salud (como, por ejemplo, la ocurrencia de enfermedades contagiosas o enfermedades crónicas) que pueden tener un impacto significativo en la salud pública. El uso de la vigilancia clínica es paulatinamente mayor para informar políticas al asignar recursos de salud y satisfacer necesidades de los pacientes.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO FILOSÓFICO**

#### **3.1. FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA**

##### **La Filosofía Aristotélica.-**

Aristóteles, empezó a estudiar en la Academia de Platón a los 17 años, en el 367 a.C., es considerado el más ilustre discípulo de Platón y se sitúa junto con su maestro entre los más profundos e influyentes pensadores de la historia del Occidente. Después de asistir durante varios años a la Academia, se convirtió en el preceptor de Alejandro Magno. Más tarde regresó a Atenas para fundar el Liceo, una escuela que, al igual que la Academia de Platón, fue durante siglos uno de los grandes núcleos de enseñanza en Grecia. En sus conferencias, Aristóteles definió los conceptos y principios básicos de muchas de las ciencias teóricas, como la lógica, la biología, la física y la psicología. Al establecer los rudimentos de la lógica como ciencia, desarrolló la teoría de la inferencia deductiva, representada por el silogismo (proposición deductiva que utiliza dos premisas y una conclusión), y un conjunto de reglas para fundamentar lo que habría de ser el método científico. (Jostein, 1994)

En su Metafísica, Aristóteles discutió la separación que hizo Platón de idea y materia, y afirmó que las ideas o esencias están contenidas dentro de los objetos mismos que las ejemplifican. Para Aristóteles, cada cosa real es

una mezcla de potencia y acto; en otras palabras, cada cosa es una combinación de aquello que puede ser (pero que todavía no es) y de aquello que ya es (también distinguido como materia y forma), porque todas las cosas cambian y se convierten en otra cosa diferente de lo que son, excepto los intelectos activos humanos y divinos, que son formas puras.

Para Aristóteles, la naturaleza es un sistema orgánico de cosas cuyas manifestaciones comunes hacen posible ordenarlas en clases de especies y géneros; cada especie tiene una forma, propósito y modo de desarrollo en cuyos términos se puede expresar. El fin de la ciencia teórica es definir las actitudes, propósitos y modos esenciales de desarrollo de todas las especies y disponerlos en su orden natural de acuerdo con sus complejidades según su forma, siendo los principales niveles el inanimado, el vegetativo, el animal y el racional. El alma, para Aristóteles, es la forma o realidad del cuerpo, y los humanos, cuyo espíritu racional constituye una forma más elevada que la de las demás especies terrenales, la más elevada dentro de las percederas. Los cuerpos celestes, compuestos de una sustancia imperecedera o éter, y movidos en un perfecto movimiento circular por Dios, son todavía más altos en el orden de la naturaleza. Esta clasificación jerárquica de la naturaleza fue adoptada por muchos teólogos cristianos, judíos y musulmanes en la edad media como una visión de la naturaleza.

La filosofía política y ética (ésta última desarrollada en *Ética a Nicómaco*) de Aristóteles surgió también de un examen crítico de los enunciados platónicos. Las normas de conducta personal y social, según Aristóteles, pertenecen al estudio científico de las tendencias naturales de los individuos y las sociedades en vez de contemplarse en la esfera celeste de las ideas puras. Menos insistente que Platón en una conformidad rigurosa respecto a los principios absolutos, Aristóteles consideró las reglas éticas como guías prácticas para alcanzar una vida feliz y plena. El énfasis que puso en la felicidad, como el cumplimiento de las capacidades naturales, expresó la actitud hacia la vida que mantuvieron los griegos cultos de su tiempo. En teoría política adoptó una posición más realista que Platón.

Se mostró conforme con el modelo de una monarquía gobernada por un rey sabio que llegaría a representar la estructura política ideal, pero reconocía asimismo que las sociedades difieren en sus necesidades y tradiciones, y creía que una democracia limitada conforma y ordena el mejor compromiso concebible. En su teoría del conocimiento, Aristóteles rechazó la doctrina platónica por la que el saber es innato e insistió en que sólo puede adquirirse mediante la generalización desde la experiencia. Interpretó el arte como una vía al servicio del placer y de la ilustración intelectual en lugar de ser un instrumento de educación moral. Su análisis de la tragedia griega en Poética es considerado el hito fundacional de la crítica literaria.

La esencia, la causa y su efecto de la naturaleza humana en su aspecto económico, social y de comunicación. En el Hospital Militar, está sustentada en la gestión de Salud Pública que consiste en evaluar las fortalezas y debilidades internas de la Institución, con la finalidad de diagnosticar el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años. En esta perspectiva la Institución debe de encontrar una comunicación asertiva entre la Gestión de Salud y los pacientes.

Para comunicarse bien se requiere observar la Institución desde una perspectiva sistemática y no jerárquica, en donde adquieren más importancia todos los procesos.

### **Karl Popper.-**

Karl Popper expuso su visión sobre la filosofía de la ciencia en su obra, ahora clásica, "La Lógica de la Investigación Científica", cuya primera edición se publicó en alemán (Logik der Forschung) en 1934. En ella el filósofo austriaco aborda el problema de los límites entre la ciencia y la metafísica, y se propone la búsqueda de un llamado criterio de demarcación entre las mismas que permita, de forma tan objetiva como sea posible, distinguir las proposiciones científicas de aquellas que no lo son. Es importante señalar que el criterio de demarcación no decide sobre la

veracidad o falsedad de una afirmación, sino sólo sobre si tal afirmación ha de ser estudiada y discutida dentro de la ciencia o, por el contrario, se sitúa en el campo más especulativo de la metafísica. Para Popper una proposición es científica si puede ser refutable, es decir, susceptible de que en algún momento se puedan plantear ensayos o pruebas para refutarla independientemente de que salgan airosas o no de dichos ensayos.

En este punto Popper discrepa intencionadamente del programa positivista, que establecía una distinción entre proposiciones contrastables (positivas), tales como hoy llueve y aquellas que no son más que abusos del lenguaje y carecen de sentido, por ejemplo Dios existe. Para Popper, este último tipo de proposiciones sí tiene sentido y resulta legítimo discutir sobre ellas, pero han de ser distinguidas y separadas de la ciencia. Su criterio de demarcación le trajo sin querer un conflicto con Ludwig Wittgenstein, el cual también sostenía que era preciso distinguir entre proposiciones con sentido y las que no lo tienen. El criterio de distinción, para Wittgenstein, era el del "significado": solamente las proposiciones científicas tenían significado, mientras que las que no lo tenían eran pura metafísica. Era tarea de la filosofía desenmascarar los sinsentidos de muchas proposiciones autodenominadas científicas a través de la aclaración del significado de las proposiciones. A Popper se le encuadró en dicha escuela cuando formuló su idea de la demarcación, pero él mismo se encargó de aclarar que no estaba de acuerdo con dicho planteamiento, y que su tesis no era ningún criterio de significación (Popper siempre huyó de cualquier intento por aclarar significados antes de plantear teorías). Es más, Popper planteó que muchas proposiciones que para Wittgenstein tenían significado no podían calificarse como ciencia como, por ejemplo, el psicoanálisis o el marxismo, que ante cualquier crítica se defendían con hipótesis ad hoc que impedían cualquier refutación.

Lo cierto es que Popper era consciente del enorme progreso en el conocimiento científico que se experimentó en los siglos que le precedieron, en tanto que problemas como la existencia de Dios o el origen de la ley

moral parecían resistirse sin remedio, puesto que no mostraban grandes avances desde la Grecia clásica. Por ello, la búsqueda de un criterio de demarcación aparece ligada a la pregunta de ¿qué propiedad distintiva del conocimiento científico ha hecho posible el avance en nuestro entendimiento de la naturaleza? Algunos filósofos habían buscado respuesta en el inductismo, según el cual cuando una ley física resulta repetidamente confirmada por nuestra experiencia podemos darla por cierta o, al menos, asignarle una gran probabilidad. Pero tal razonamiento, como ya fue notado por David Hume, no puede sostenerse en criterios estrictamente lógicos, puesto que éstos no permiten extraer (inducir) una ley general (universal) a partir de un conjunto finito de observaciones particulares. Popper supera la crítica de Hume abandonando por completo el inductismo y sosteniendo que lo primero son las teorías, y que sólo a la luz de ellas nos fijamos en los hechos. Nunca las experiencias sensibles anteceden a las teorías, por lo que no hay necesidad de responder cómo de las experiencias particulares pasamos a las teorías. Con ello, Popper supera la polémica entre empirismo y racionalismo, sosteniendo que las teorías anteceden a los hechos, pero que las teorías necesitan de la experiencia (en su caso, de las refutaciones) para distinguir qué teorías son aptas de las que no.

La salida a este dilema, propuesta en la lógica de la investigación científica, es que el conocimiento científico no avanza confirmando nuevas leyes, sino descartando leyes que contradicen la experiencia. A este descarte Popper lo llama falsación. De acuerdo con esta nueva interpretación, la labor del científico consiste principalmente en criticar (acto al que Popper siempre concedió la mayor importancia) leyes y principios de la naturaleza para reducir así el número de las teorías compatibles con las observaciones experimentales de las que se dispone. El criterio de demarcación puede definirse entonces como la capacidad de una proposición de ser refutada o falsabilidad. Sólo se admitirán como proposiciones científicas aquellas para las que sea conceptualmente posible un experimento o una observación que las contradiga. Así, dentro de la ciencia queda por ejemplo la teoría de la relatividad y la mecánica cuántica.

En el sistema de Popper se combina la racionalidad con la extrema importancia que la crítica tiene en el desarrollo de nuestro conocimiento. Es por eso que tal sistema fue bautizado como racionalismo. Las ideas de Popper sobre el conocimiento científico pueden considerarse como la base que sustenta el resto de sus contribuciones a la filosofía. Además han gozado de enorme popularidad desde que fueron publicadas por primera vez y, al menos entre la comunidad científica, el concepto de falsabilidad ha enraizado fuertemente y es comúnmente aceptado como criterio válido para juzgar la respetabilidad de una teoría. Consciente de ello, y de las críticas que suscitaron sus teorías, Popper amplió y matizó su trabajo originario en sucesivas ediciones y postscripta.

### **Críticas a Karl Popper:**

Thomas Kuhn, en su influyente obra: La estructura de las revoluciones científicas, argumentó que pocas veces los científicos han actuado siguiendo estrictamente los postulados popperianos del falsacionismo. Por el contrario, Kuhn defiende la tesis de que la ciencia ha avanzado a través de paradigmas que dominan la mentalidad de cada época: los nuevos desarrollos científicos son únicamente examinados a la luz del paradigma en uso y sólo raramente ocurre una revolución que cuestiona el paradigma mismo.

Imre Lakatos, discípulo de Popper, trató de reconciliar esta postura con la de su maestro mediante la introducción de programas de investigación que serían el objeto de crítica y falsación, en lugar de las más concretas proposiciones universalmente válidas de las que hablaba Popper. En este contexto, la tesis de Quine-Duhem afirma que es imposible contrastar una hipótesis aislada, puesto que ésta siempre forma parte de una red interdependiente de teorías.

Otro discípulo de Popper, Paul Feyerabend tomó una posición mucho más radical: no existe ningún método general para ampliar o examinar

nuestro conocimiento y la única descripción del progreso científico es anything goes (todo sirve).

Describimos la filosofía de la resiliencia, dado que ésta se entiende básicamente a partir de dos grandes conceptos como son la "luminosidad" y la "diversidad", la misma que puede explicarse desde la teoría ambientalista humanista sistémica entendiendo que todos los seres humanos tendríamos un potencial para desarrollarnos (luminosidad), contaríamos con fortalezas en nuestro interior que nos permitirían superar situaciones adversas en los distintos grados y momentos en que éstas se van presentando a lo largo de la vida. Sin embargo, no todos hacemos uso de dicha facultad, razón por la cual existirían diferencias entre las personas en cuanto a las formas de reaccionar ante las situaciones problemáticas; unos flaquean ante éstas experimentando desequilibrio o diversos trastornos, y otros se desarrollan exitosamente a pesar de las dificultades.

Lo descrito se relaciona directamente con la teoría humanista desarrollado en la psicología por Maslow, Rogers y Horney que busca el desarrollo humano en sus factores internos y externos para si mismo y para con los demás.

Julián Masías, citado por Ocampo, "Para Kant, la metafísica logra su plenitud en el concepto de persona moral y en la razón práctica. Sin embargo, ciertamente, consideraba que la metafísica como ciencia era imposible. Pero al mismo tiempo, encontraba dos hechos indubitables que se imponen: "el hecho de la metafísica como tendencia natural del hombre y el hecho de la moralidad", es decir la comprensión y la explicación de lo que estará más allá de nuestra visión y, en general, nuestras sensaciones."

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

#### **4.1. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS**

La hipótesis de trabajo fue procesada a través de dos métodos estadísticos: La prueba Chi – cuadrada de independencia y la fórmula estadística producto momento para el coeficiente de correlación lineal de Pearson aplicada a los datos de la muestra.

#### **TRATAMIENTO ESTADÍSTICO:**

Una vez obtenida la información respectiva se procedió a la clasificación de la información para su codificación, tabulación, análisis estadístico; a fin de elaborar los cuadros y gráficos para obtener los resultados y realizar la prueba de hipótesis usando el Software SPSS versión 20.

El estadístico a usar para esta prueba está dado por:

$$X^2 = \frac{\sum (fo - fe)^2}{fe}$$

Y la relación será cuantificada mediante el coeficiente de correlación de Pearson, el cual está dado por:

Los datos serán procesados a través de las medidas de tendencia central para posterior presentación de resultados de correlación de Pearson, el cual está dado por:

$$r' = \frac{n\sum XY - \sum X\sum Y}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

De dicha prueba estadística, a través del valor de “r” veremos qué tipo de correlación existe entre las dos variables en estudio: variable independiente (X) y variable dependiente (Y) en las personas que intervienen en la encuesta. (Z).

### Estrategia de Análisis.

Se ha efectuado en base al desarrollo de confiabilidad del instrumento de las variables de medición y estudio:

### Análisis de las Correlaciones

		Gestión Administrativa	Gestión Técnico Operativa	Inteligencia Sanitaria
☐ Factores desencadenantes	Correlación de Pearson	1	.919(**)	.917(**)
	Sig. (bilateral)		.000	.000
	N	20	20	20
☐ Variedades de bronquitis aguda	Correlación de Pearson	.918(**)	1	.914(**)
	Sig. (bilateral)	.000		.000
	N	20	20	20
☐ Manifestaciones clínicas	Correlación de Pearson	.906(**)	.905(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	.000	
	N	20	20	20

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### **Confiabilidad del Instrumento de Medición y Estudio:**

Para determinar el grado de confiabilidad del instrumento de medición del presente estudio: Gestión de salud pública y su relación con el proceso de atención en infección de bronquitis aguda.

Primero se determinó una muestra piloto a 5 pacientes mayores de 50 años en el Hospital Militar Central, Lima.

Se utilizó el procedimiento “Medida de estabilidad” o confiabilidad por test – pretest en donde se aplicó el instrumento al grupo de 5 pacientes: 1 paciente por cada día, en cinco oportunidades; este grupo no conformó la muestra de estudio.

Los resultados de las 5 aplicaciones arrojaron que si hay correlación positiva por lo tanto el instrumento es confiable.

Luego se estimó el coeficiente de consistencia Interna Alfa de Cronbach, determinándose que el instrumento tiene un alto nivel de confiabilidad, por lo que se realizará una medición objetiva en la presente investigación.

Coeficiente de Alfa de Cronbach:

$$\alpha = \left( \frac{n}{n-1} \right) \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^n \sigma_{X_i}^2}{\sigma_X^2} \right] = 0.917$$

Alfa de Cronbach = 0,917 Alfa de Cronbach tipificados= 0,874

**Donde:**

$\sigma_{X_i}^2$  : Varianza entre sujetos.

$\sigma_X^2$  : Varianza total.

**Resumen del procesamiento de los casos:**

	N	%
Casos Válidos	2	10
Excluidos(a)	18	90
Total	20	100

Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticos de fiabilidad:**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N° de elementos
.917	.874	20

**Estadísticos total – elemento:**

Nº	Media de la escala si se elimina el elemento.	Varianza de la escala si se elimina el elemento.	Correlación elemento Total corregida.	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento.
1	20.00	295.000	.247	.913
2	19.50	285.000	.345	.914
3	19.50	278.581	-.456	.917
4	19.00	205.222	.079	.909
5	19.75	298.250	.401	.908
6	20.00	252.000	-.513	.914
7	19.75	232.250	-.524	.907
8	19.75	234.250	-.544	.911
9	19.75	265.250	.278	.913
10	20.00	235.250	-.427	.907
11	19.00	295.000	-.453	.909
12	19.25	273.750	.474	.918
13	19.75	274.250	.578	.915
14	18.75	213.000	.502	.917
15	19.25	255.750	.497	.914
16	19.50	288.000	.492	.909
17	19.75	239.750	.491	.906
18	18.75	228.750	.499	.917
19	18.50	227.250	.476	.919
20	18.25	227.350	.484	.916

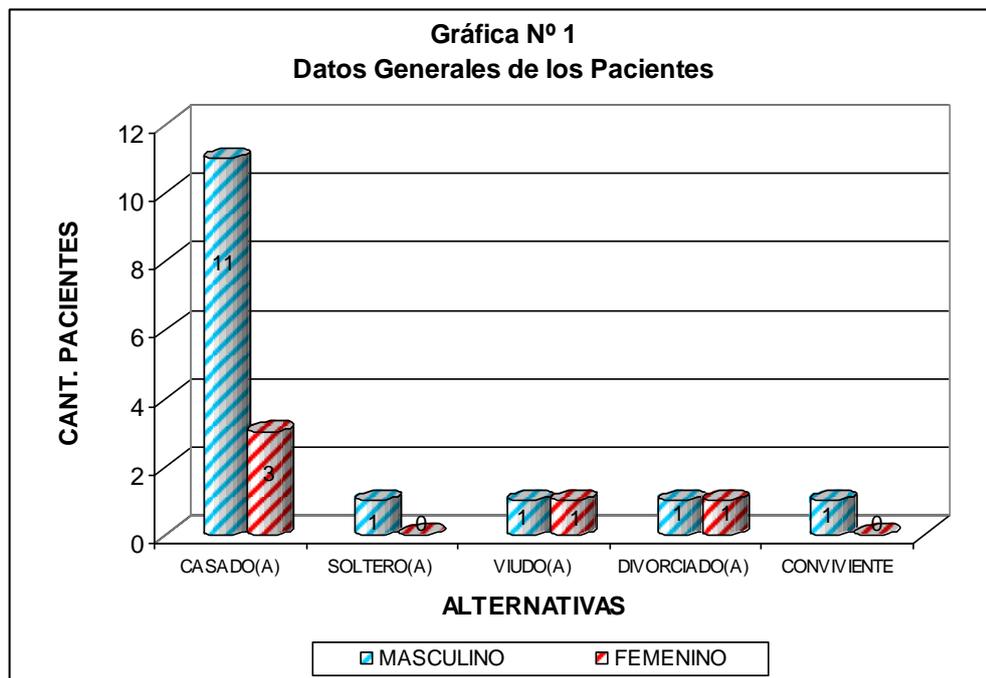
**PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO**  
**DIRIGIDO A PACIENTES**

Tabla N° 1

**Datos Generales de los Pacientes**

Alternativas	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
	Fi	Hi	Fi	Hi	
CASADO(A)	11	55.0	3	15.0	14
SOLTERO(A)	1	5.0	0	0.0	1
VIUDO(A)	1	5.0	1	5.0	2
DIVORCIADO(A)	1	5.0	1	5.0	2
CONVIVIENTE	1	5.0	0	0.0	1
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>75</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>20</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



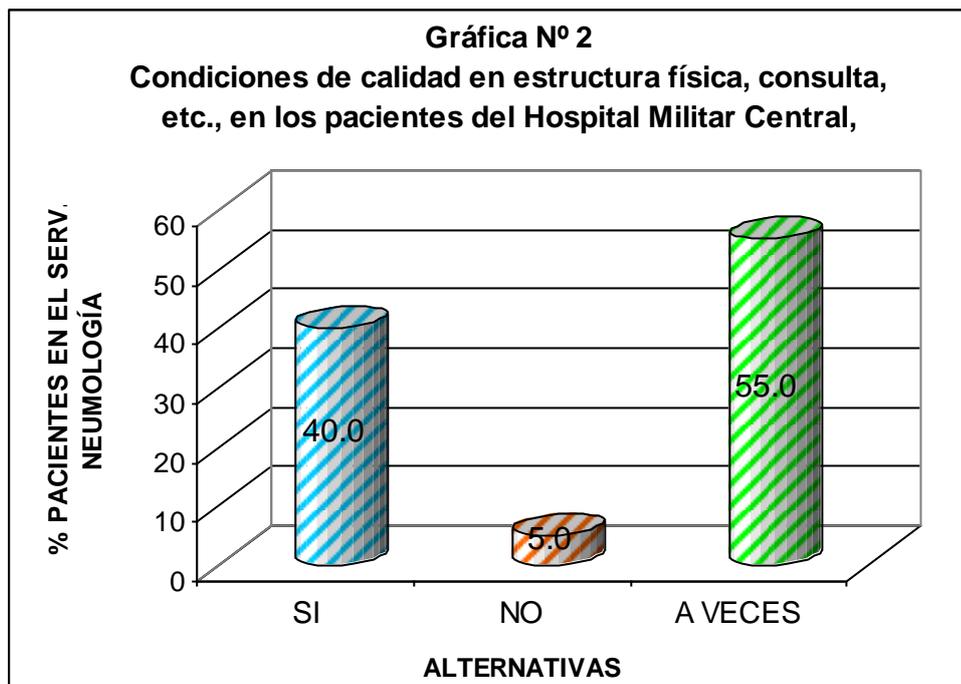
En la gráfica N° 1, se puede observar que 14 pacientes son casados (11 M, 3 F), 1 soltero (1 M, 0 F), 2 viudos (1 M, 1 F), 2 divorciados (1 M, 1 F), y conviviente (1 M, 0F), lo que nos indica que la mayoría son casados y de sexo masculino.

**Tabla N° 2**

**Condiciones de calidad en estructura física, consulta, etc., en los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	8	40.0
NO	1	5.0
A VECES	11	55.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



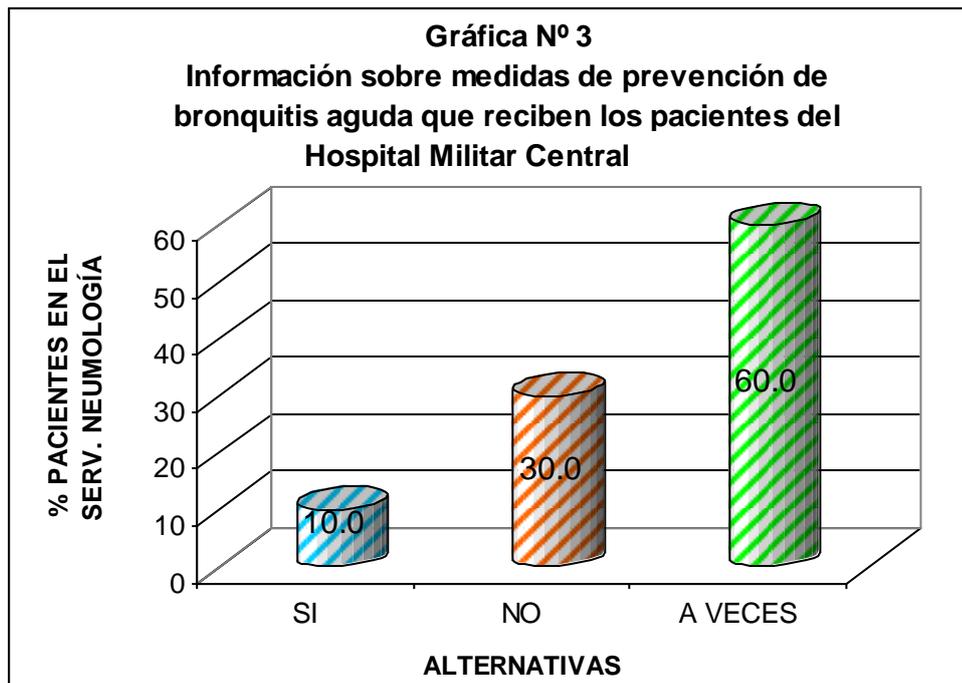
En el gráfico N° 2, de una encuesta realizada a 20 pacientes, se observa que el 40% respondieron la alternativa SI, el 5% contestaron la opción NO, y el 55% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados manifiestan que las condiciones de salud que le ofrece la Institución a veces es buena la atención que reciben por parte de la institución.

**Tabla N° 3**

**Información sobre medidas de prevención de bronquitis aguda que reciben los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	2	10.0
NO	6	30.0
A VECES	12	60.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



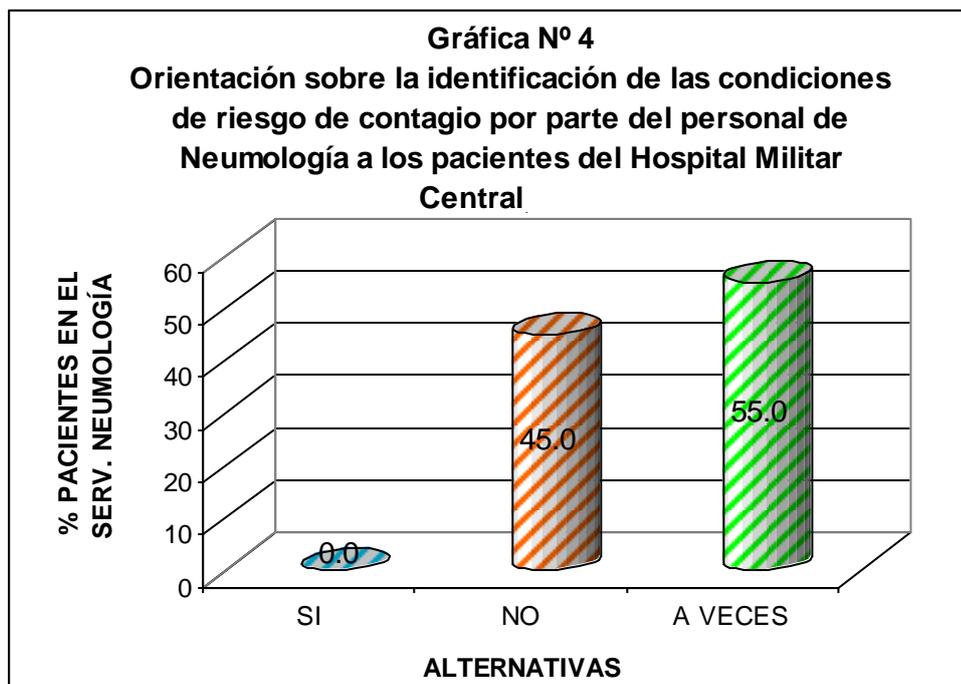
En el gráfico N° 3, se aprecia que el 10% respondieron la alternativa SI, el 30% contestaron la opción NO, y el 60% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados manifiestan que a veces reciben información sobre medidas de prevención de bronquitis aguda.

**Tabla N° 4**

**Orientación sobre la identificación de las condiciones de riesgo de contagio por parte del personal de Neumología a los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	0	0.0
NO	9	45.0
A VECES	11	55.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



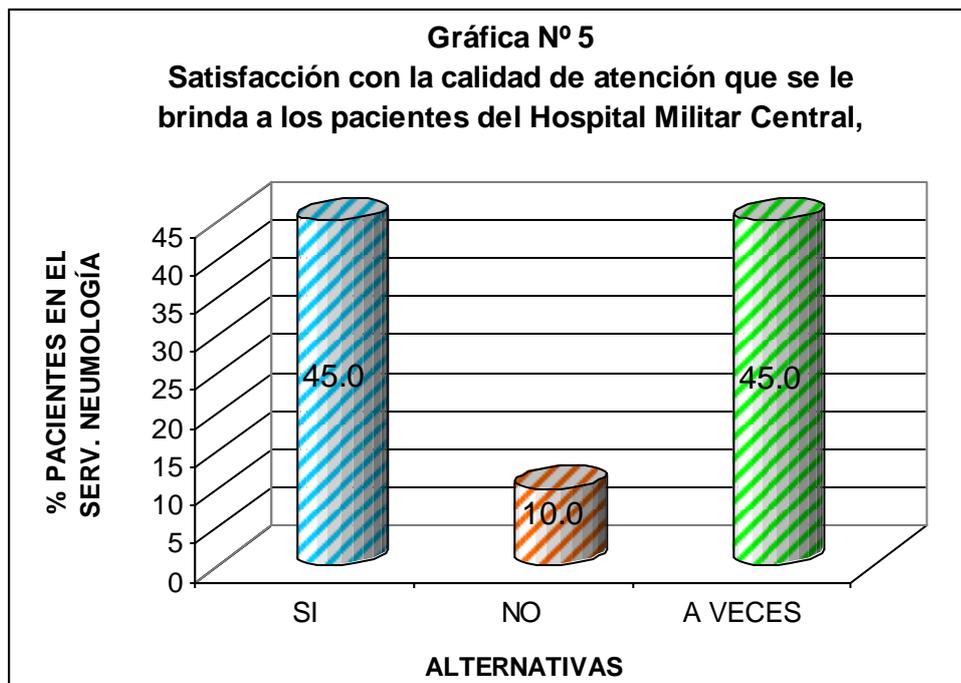
En el gráfico N° 4, se observa que el 0% respondieron la alternativa SI, el 45% contestaron la opción NO, y el 55% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados manifiestan que a veces el personal de Neumología orienta sobre la identificación de las condiciones de riesgo de contagio.

**Tabla Nº 5**

**Satisfacción con la calidad de atención que se le brinda a los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	9	45.0
NO	2	10.0
A VECES	9	45.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



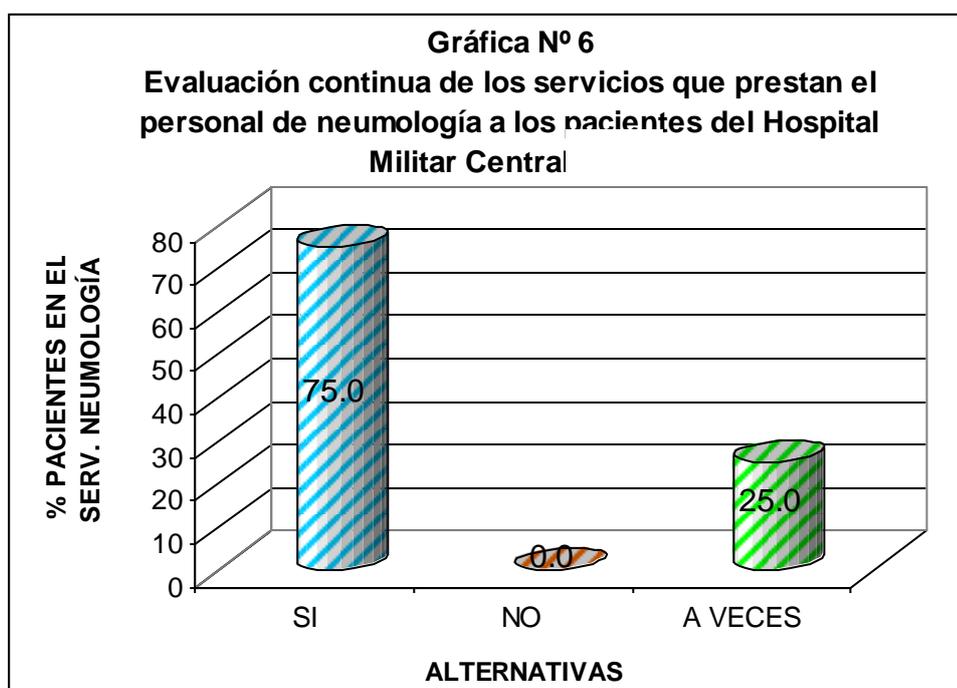
En el gráfico Nº 5, se aprecia que el 45% respondieron la alternativa SI, el 10% contestaron la opción NO, y el 45% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mitad de encuestados si y a veces se sienten satisfechos con la calidad de atención que te brinda el hospital.

Tabla N° 6

Evaluación continua de los servicios que prestan el personal de neumología a los pacientes del Hospital Militar Central, 2014

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
SI	15	75.0
NO	0	0.0
A VECES	5	25.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



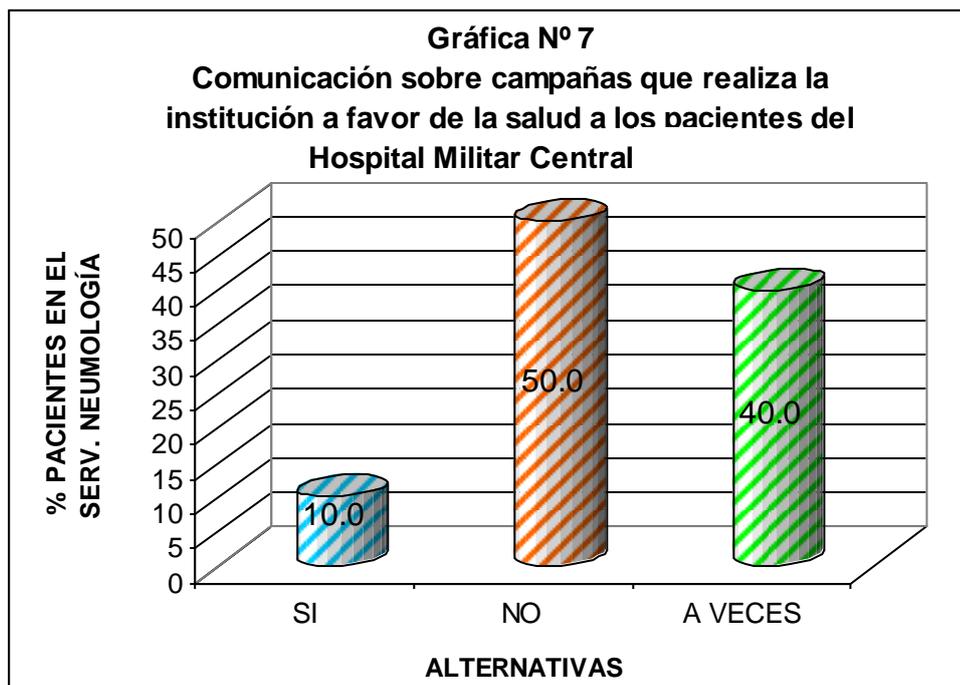
En el gráfico N° 6, se puede observar que el 75% respondieron la alternativa SI, el 0% contestaron la opción NO, y el 25% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados consideran que si se debe evaluar continuamente los servicios que prestan el personal de neumología.

**Tabla N° 7**

**Comunicación sobre campañas que realiza la institución a favor de la salud a los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	2	10.0
NO	10	50.0
A VECES	8	40.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



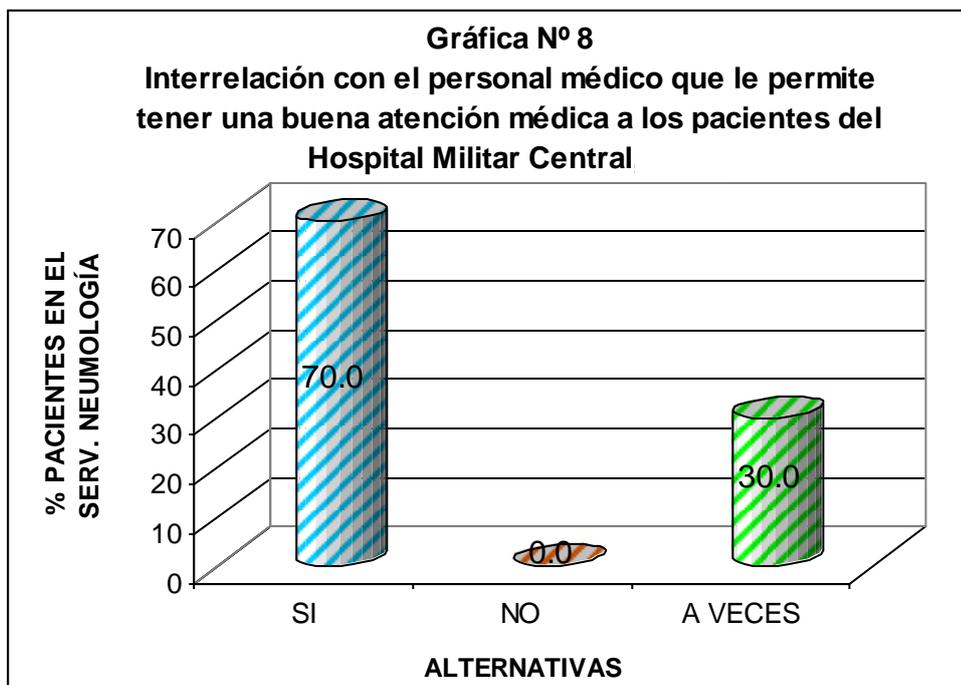
En el gráfico N° 7, se puede apreciar que el 10% respondieron la alternativa SI, el 50% contestaron la opción NO, y el 40% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados consideran que el personal de neumología no comunica sobre campañas que realiza la institución a favor de la salud.

**Tabla N° 8**

**Interrelación con el personal médico que le permite tener una buena atención médica a los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	14	70.0
NO	0	0.0
A VECES	6	30.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



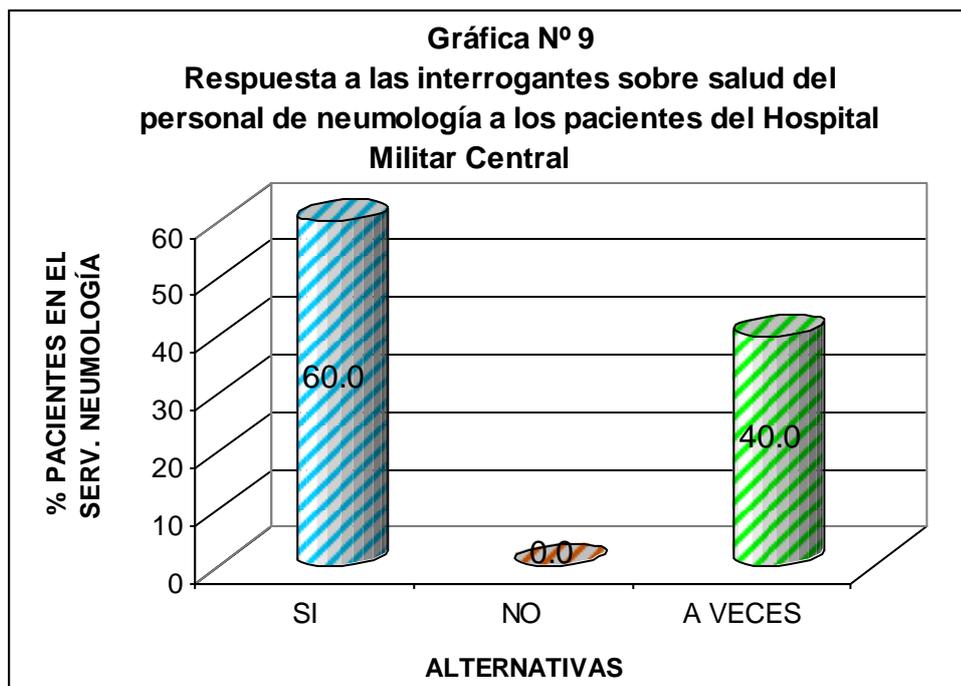
En el gráfico N° 8, se observa que el 70% respondieron la alternativa SI, el 0% contestaron la opción NO, y el 30% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados manifiestan que mantener una buena interrelación con el personal médico le permite tener una buena atención médica.

**Tabla N° 9**

**Respuesta a las interrogantes sobre salud del personal de neumología a los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	12	60.0
NO	0	0.0
A VECES	8	40.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



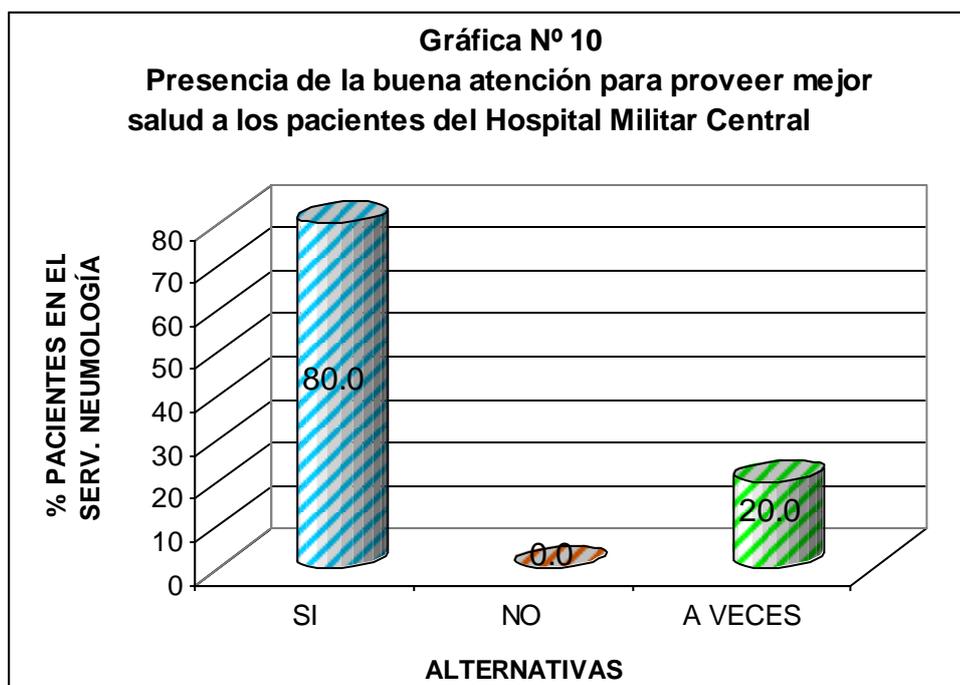
En el gráfico N° 9, se aprecia que el 60% respondieron la alternativa SI, el 0% contestaron la opción NO, y el 40% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados consideran que es importante que el personal de neumología responda a todas sus interrogantes sobre su salud.

**Tabla N° 10**

**Presencia de la buena atención para proveer mejor salud a los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	16	80.0
NO	0	0.0
A VECES	4	20.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



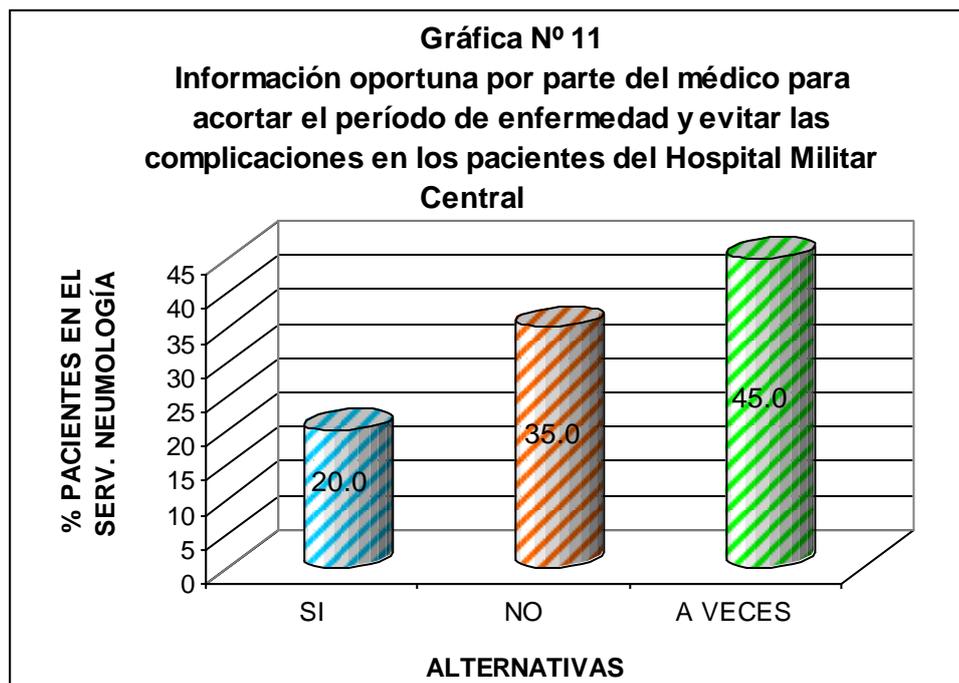
En el gráfico N° 10, se observa que el 80% respondieron la alternativa SI, el 0% contestaron la opción NO, y el 20% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados manifiestan que la buena atención debe estar siempre presente en la institución para proveer mejor salud a los pacientes.

**Tabla N° 11**

**Información oportuna por parte del médico para acortar el período de enfermedad y evitar las complicaciones en los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	4	20.0
NO	7	35.0
A VECES	9	45.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



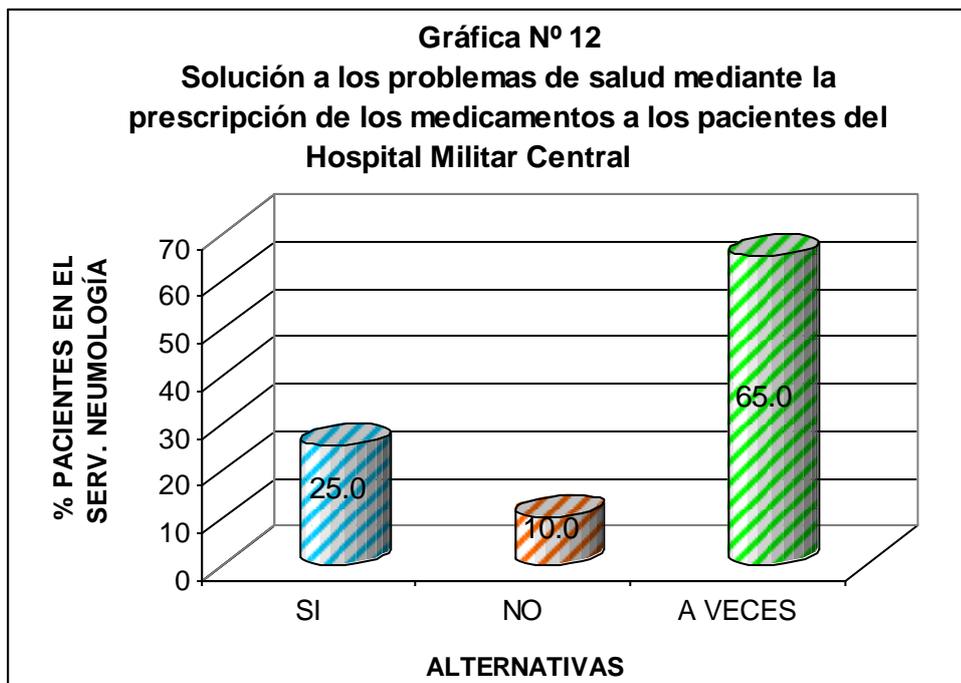
En el gráfico N° 11, se puede apreciar que el 20% respondieron la alternativa SI, el 35% contestaron la opción NO, y el 45% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados manifiestan que a veces el médico le ofrece una información oportuna para acortar el período de enfermedad y evitar las complicaciones.

**Tabla N° 12**

**Solución a los problemas de salud mediante la prescripción de los medicamentos a los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	5	25.0
NO	2	10.0
A VECES	13	65.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



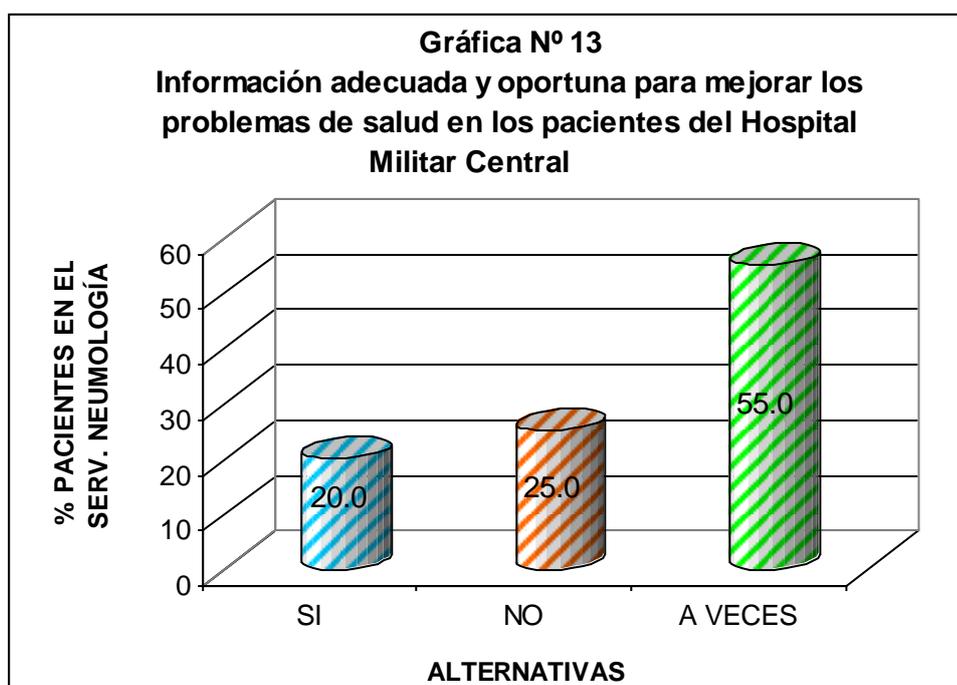
En el gráfico N° 12, se puede observar que el 25% respondieron la alternativa SI, el 10% contestaron la opción NO, y el 65% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados manifiestan que a veces los medicamentos que le prescribe su médico le ha ayudado rápidamente a solucionar su problema de salud.

**Tabla N° 13**

**Información adecuada y oportuna para mejorar los problemas de salud en los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	4	20.0
NO	5	25.0
A VECES	11	55.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



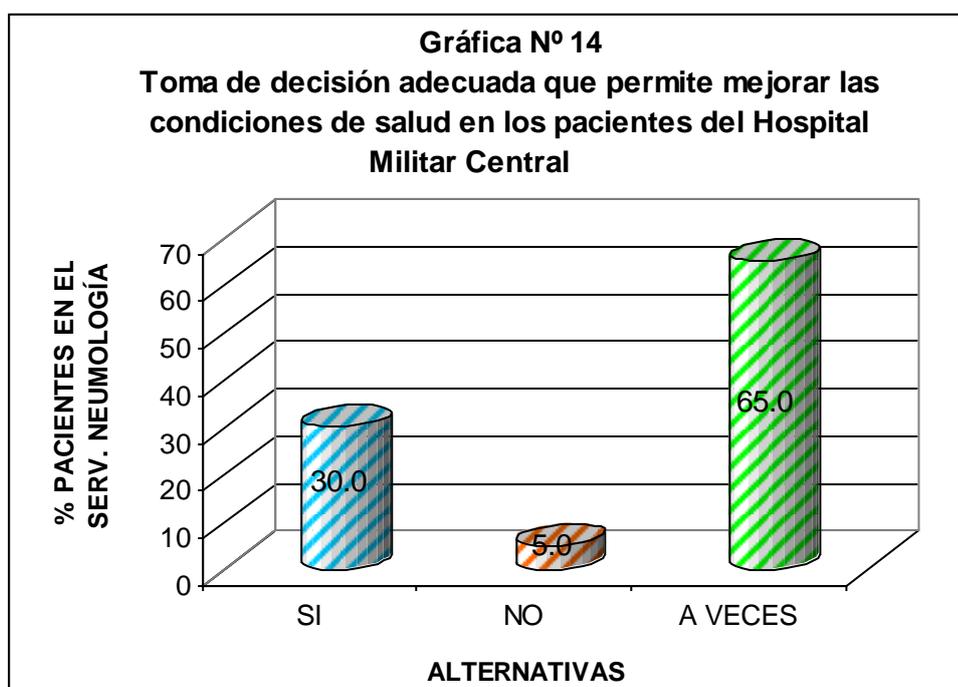
En el gráfico N° 13, se observa que el 20% respondieron la alternativa SI, el 25% contestaron la opción NO, y el 55% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados manifiestan que a veces los médicos de neumología le brindan información adecuada y oportuna para mejorar su problema de salud.

**Tabla N° 14**

**Toma de decisión adecuada que permite mejorar las condiciones de salud en los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	6	30.0
NO	1	5.0
A VECES	13	65.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



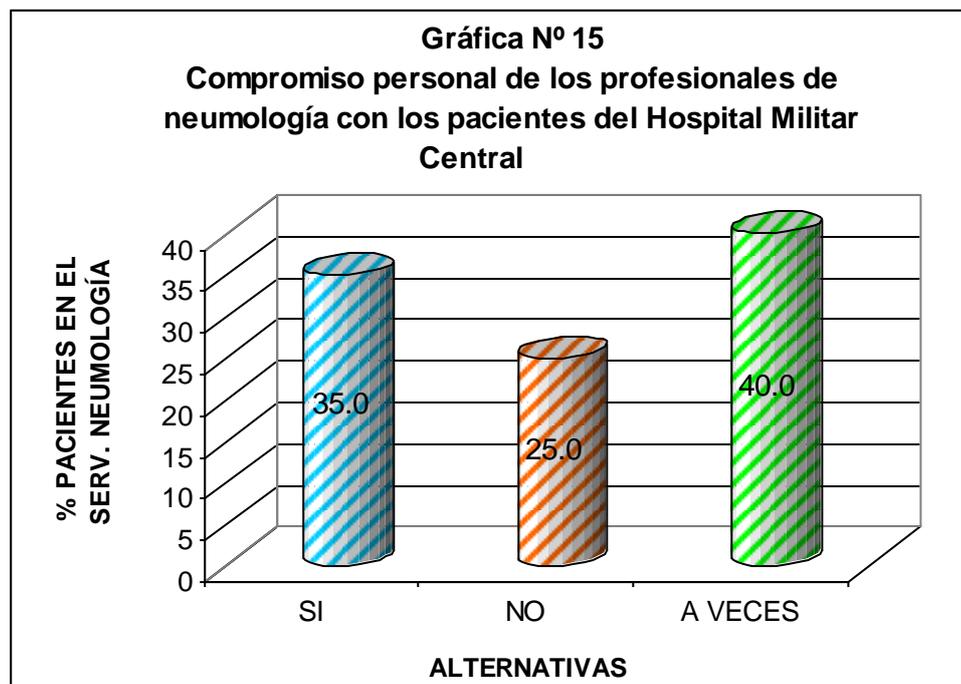
En el gráfico N° 14, se aprecia que el 30% respondieron la alternativa SI, el 5% contestaron la opción NO, y el 65% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados consideran que a veces consideran que una toma de decisión adecuada permite mejorar las condiciones de salud.

**Tabla N° 15**

**Compromiso personal de los profesionales de neumología con los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	7	35.0
NO	5	25.0
A VECES	8	40.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



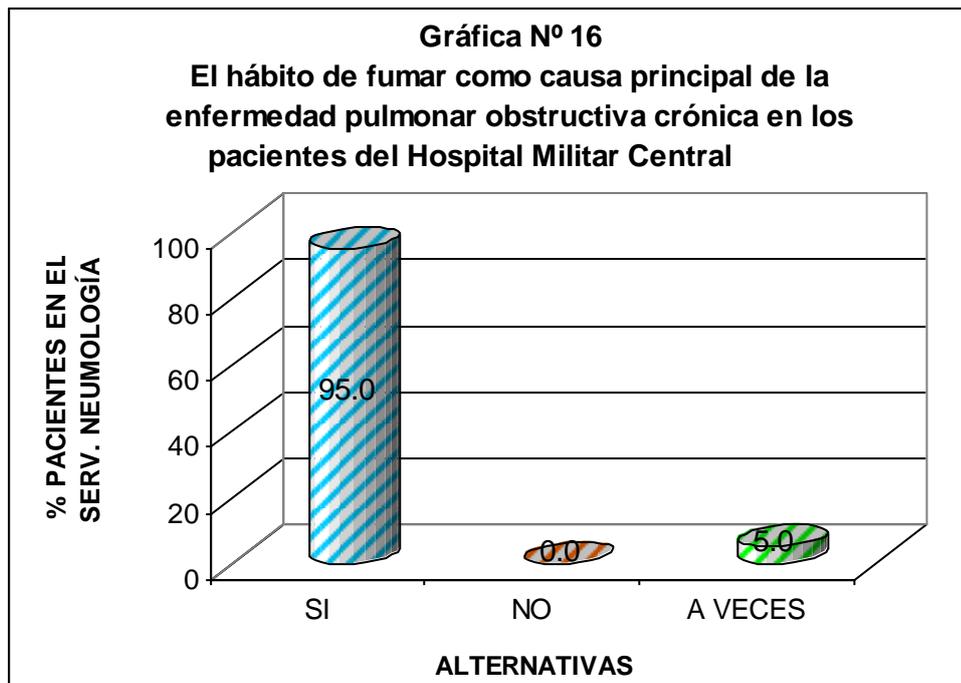
En el gráfico N° 15, se observa que el 35% respondieron la alternativa SI, el 25% contestaron la opción NO, y el 40% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados manifiestan que a veces los profesionales de neumología poseen un compromiso personal con los pacientes de la Institución.

**Tabla N° 16**

**El hábito de fumar como causa principal de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	19	95.0
NO	0	0.0
A VECES	1	5.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



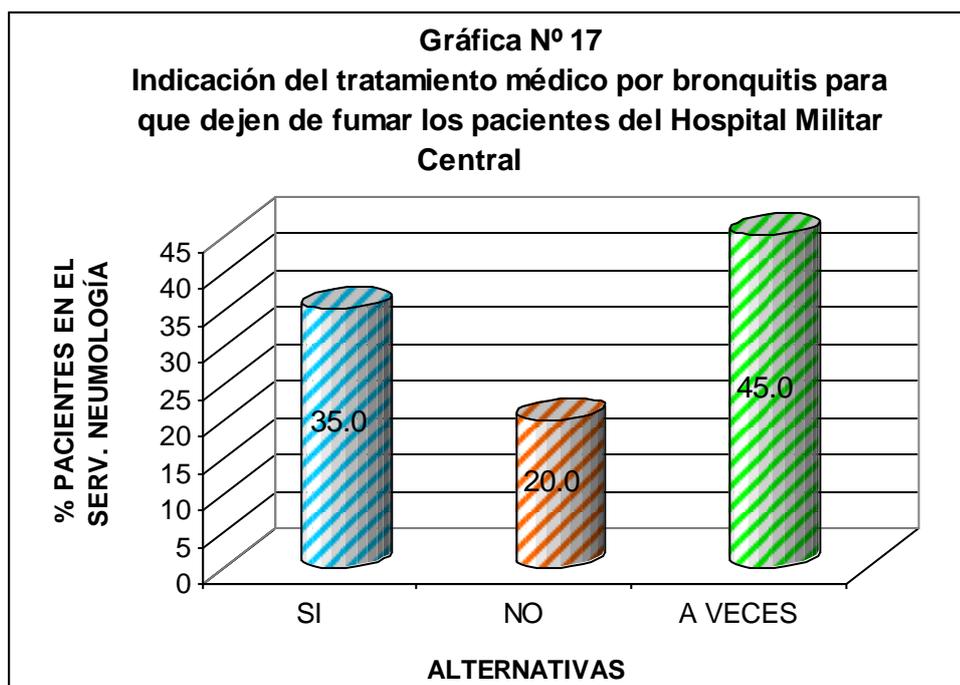
En el gráfico N° 16, se observa que el 95% respondieron la alternativa SI, el 0% contestaron la opción NO, y el 5% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados consideran que el hábito de fumar es una de las causas principales de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la institución.

Tabla N° 17

Indicación del tratamiento médico por bronquitis para que dejen de fumar los pacientes del Hospital Militar Central, 2014

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
SI	7	35.0
NO	4	20.0
A VECES	9	45.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



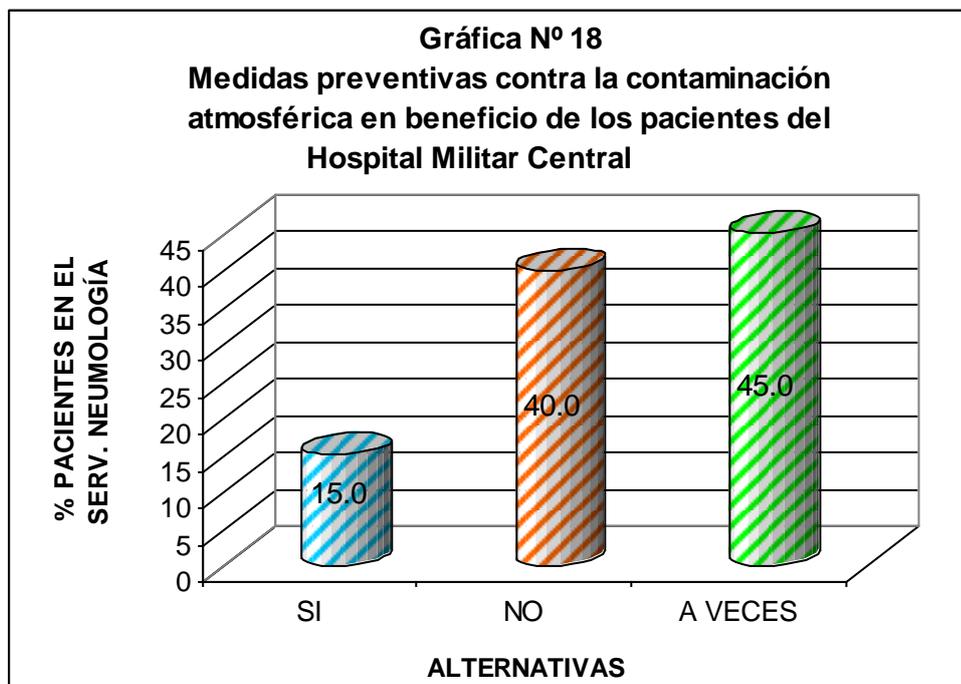
En el gráfico N° 17, se puede observar que el 35% respondieron la alternativa SI, el 20% contestaron la opción NO, y el 45% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados manifiestan que a veces dejan de fumar cuando se indica tratamiento médico por bronquitis.

**Tabla N° 18**

**Medidas preventivas contra la contaminación atmosférica en beneficio de los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	3	15.0
NO	8	40.0
A VECES	9	45.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



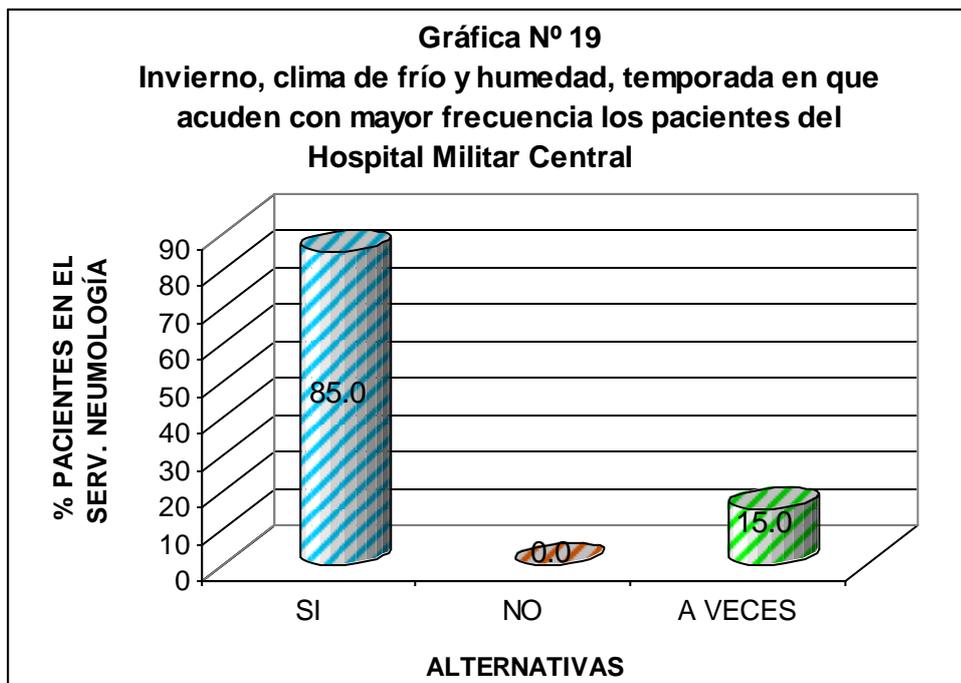
En el gráfico N° 18, se puede apreciar que el 15% respondieron la alternativa SI, el 40% contestaron la opción NO, y el 45% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados consideran que a veces la institución toma medidas preventivas contra la contaminación atmosférica.

**Tabla N° 19**

**Invierno, clima de frío y humedad, temporada en que acuden con mayor frecuencia los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	17	85.0
NO	0	0.0
A VECES	3	15.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



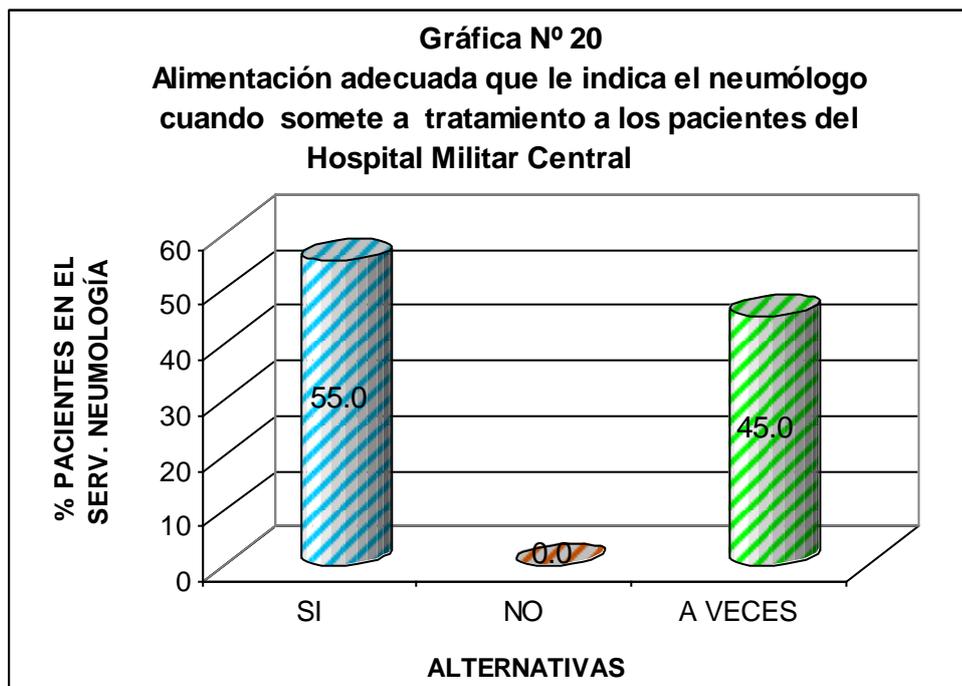
En el gráfico N° 19, se observa que el 85% respondieron la alternativa SI, el 0% contestaron la opción NO, y el 15% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados manifiestan que acuden más pacientes a la especialidad de neumología en temporada de invierno, clima de frío y humedad.

**Tabla N° 20**

**Alimentación adecuada que le indica el neumólogo cuando somete a tratamiento a los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	11	55.0
NO	0	0.0
A VECES	9	45.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



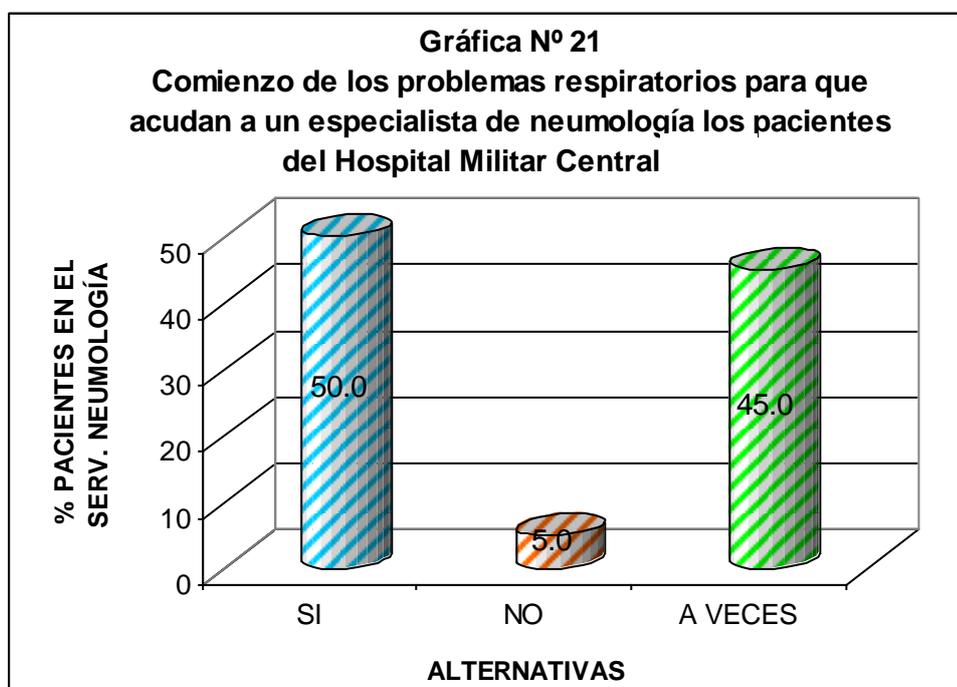
En el gráfico N° 20, se aprecia que el 55% respondieron la alternativa SI, el 0% contestaron la opción NO, y el 45% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados manifiestan que el neumólogo indica la alimentación adecuada, cuando somete a tratamiento a los pacientes.

**Tabla N° 21**

**Comienzo de los problemas respiratorios para que acudan a un especialista de neumología los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	10	50.0
NO	1	5.0
A VECES	9	45.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



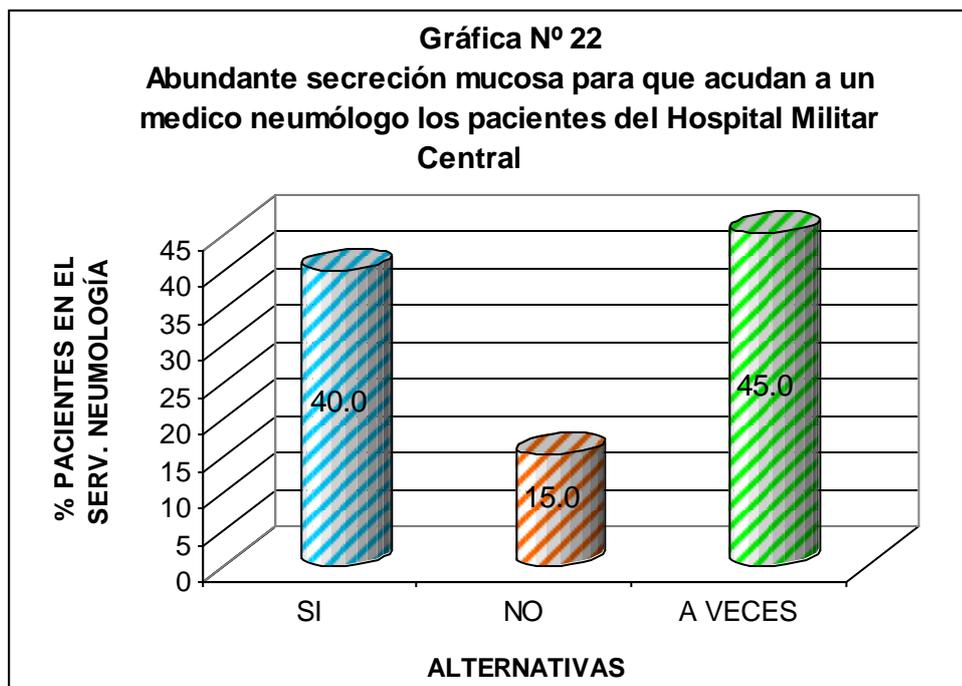
En el gráfico N° 21, se observa que el 50% respondieron la alternativa SI, el 5% contestaron la opción NO, y el 45% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados consideran que los pacientes acuden a un especialista de neumología cuando empieza los problemas respiratorios.

**Tabla N° 22**

**Abundante secreción mucosa para que acudan a un medico neumólogo los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	8	40.0
NO	3	15.0
A VECES	9	45.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



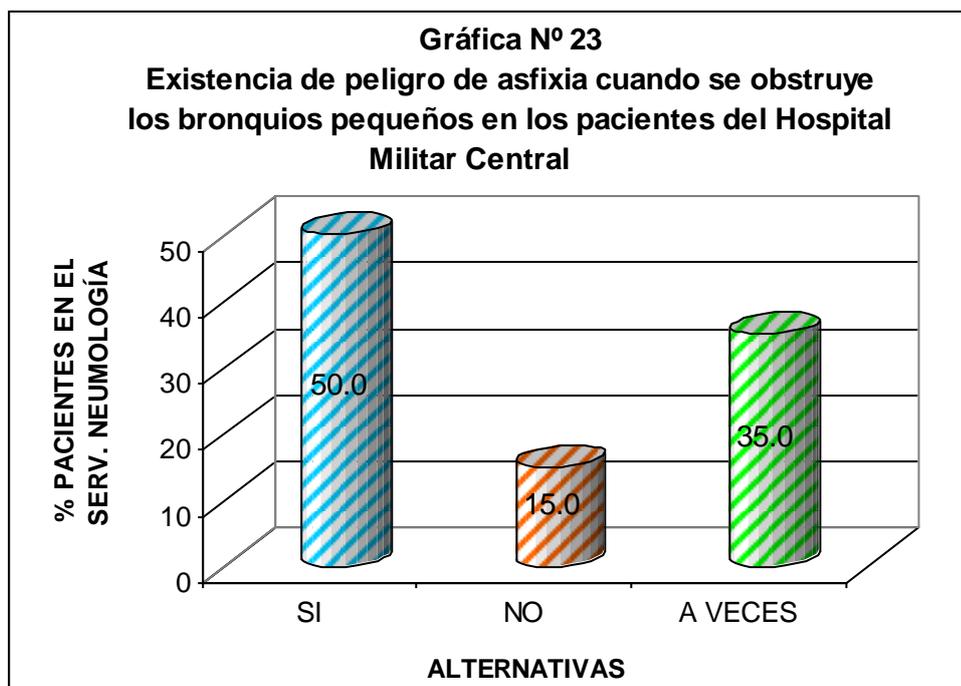
En el gráfico N° 22, se aprecia que el 40% respondieron la alternativa SI, el 15% contestaron la opción NO, y el 45% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados a veces acuden a un médico neumólogo cuando están con abundante secreción mucosa.

**Tabla N° 23**

**Existencia de peligro de asfixia cuando se obstruye los bronquios pequeños en los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	10	50.0
NO	3	15.0
A VECES	7	35.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



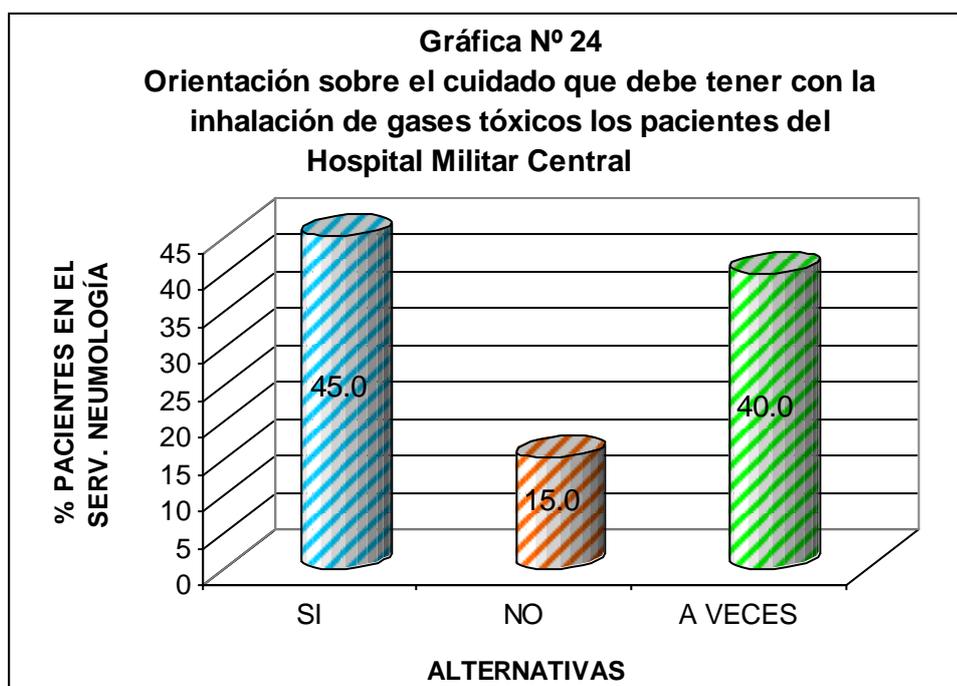
En el gráfico N° 23, se puede observar que el 50% respondieron la alternativa SI, el 15% contestaron la opción NO, y el 35% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados consideran que al obstruirse los bronquios pequeños puede existir el peligro de la asfixia.

**Tabla N° 24**

**Orientación sobre el cuidado que debe tener con la inhalación de gases tóxicos los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	9	45.0
NO	3	15.0
A VECES	8	40.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



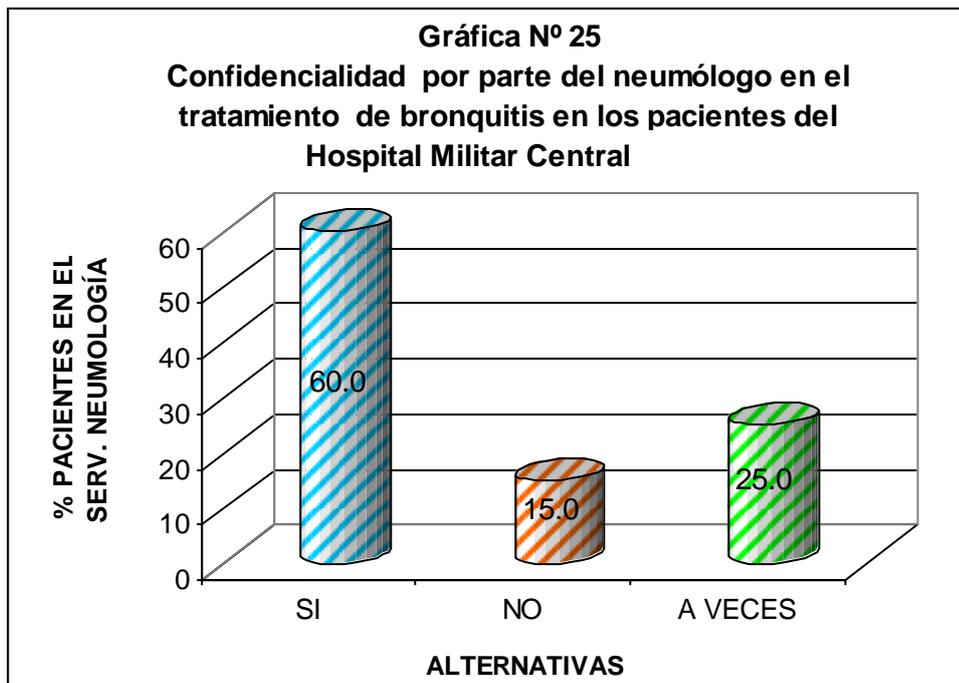
En el gráfico N° 24, se puede apreciar que el 45% respondieron la alternativa SI, el 15% contestaron la opción NO, y el 40% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados consideran que el especialista en neumología si le orienta sobre el cuidado que debe tener con la inhalación de gases tóxicos.

**Tabla N° 25**

**Confidencialidad por parte del neumólogo en el tratamiento de bronquitis en los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	12	60.0
NO	3	15.0
A VECES	5	25.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



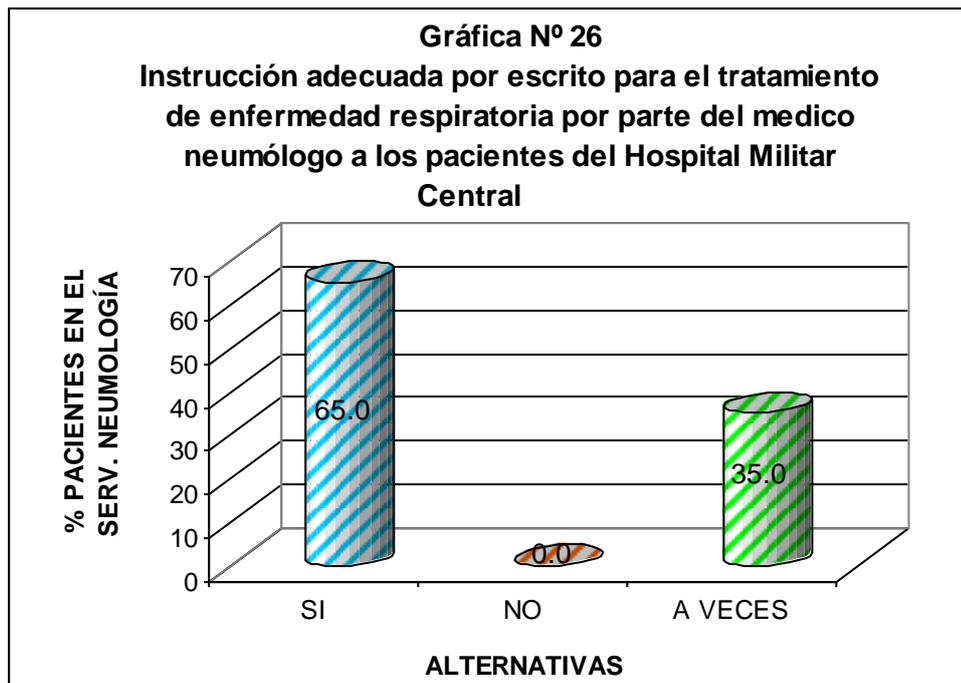
En el gráfico N° 25, se observa que el 60% respondieron la alternativa SI, el 15% contestaron la opción NO, y el 25% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados consideran que si existe confidencialidad por parte del neumólogo en su tratamiento de bronquitis.

Tabla N° 26

**Instrucción adecuada por escrito para el tratamiento de enfermedad respiratoria por parte del medico neumólogo a los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
SI	13	65.0
NO	0	0.0
A VECES	7	35.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



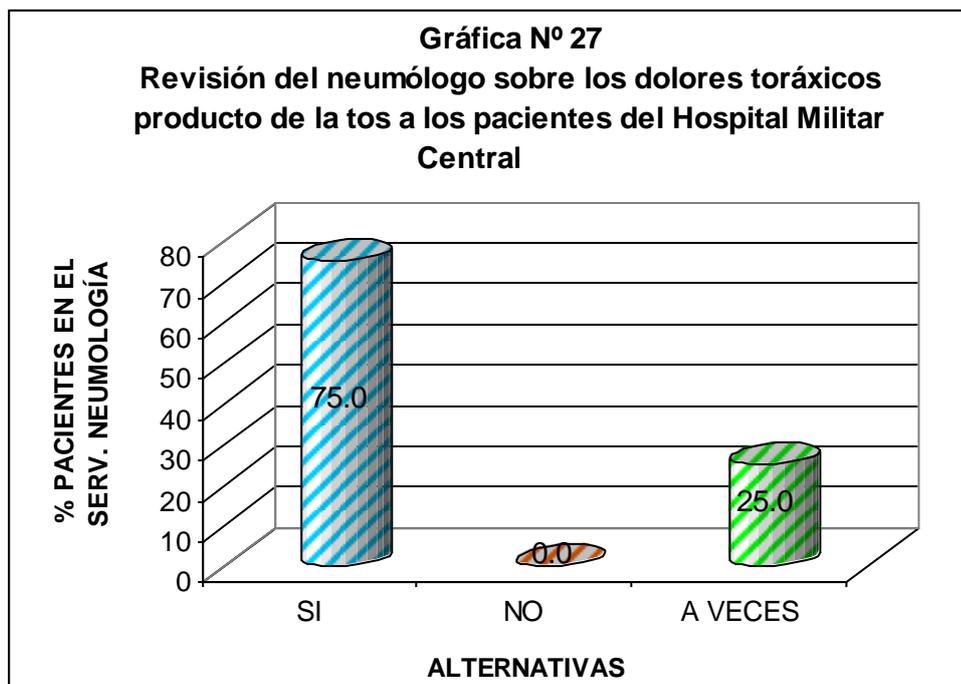
En el gráfico N° 26, se aprecia que el 65% respondieron la alternativa SI, el 0% contestaron la opción NO, y el 35% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados manifiestan que el médico neumólogo si le brinda instrucción adecuada por escrito para su tratamiento de enfermedad respiratoria.

**Tabla N° 27**

**Revisión del neumólogo sobre los dolores torácicos producto de la tos a los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	15	75.0
NO	0	0.0
A VECES	5	25.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



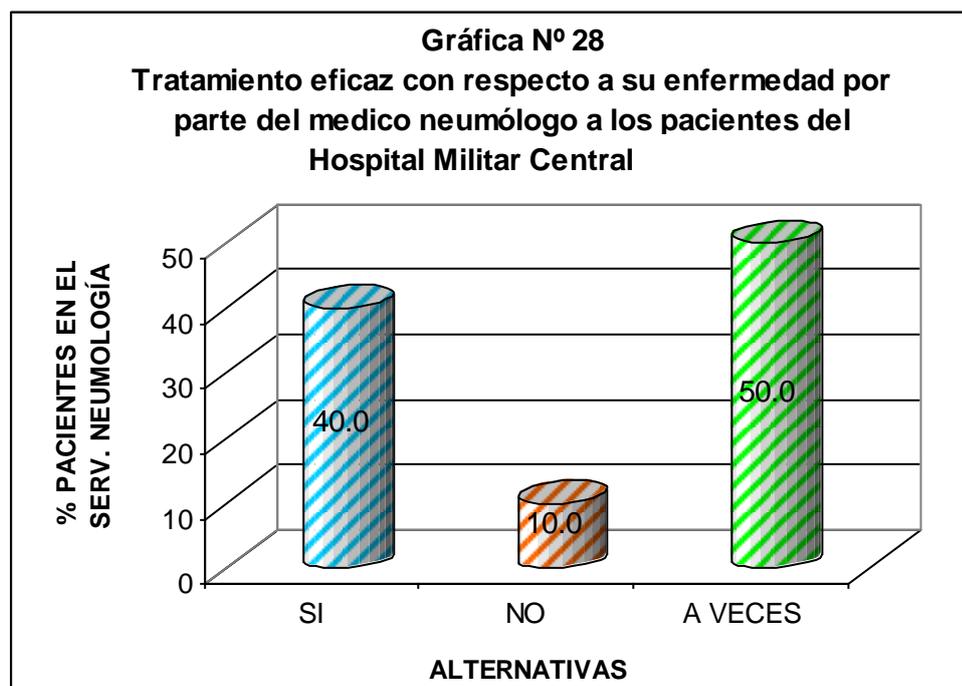
En el gráfico N° 27, se observa que el 75% respondieron la alternativa SI, el 0% contestaron la opción NO, y el 25% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados manifiestan que cuando están en consulta, el neumólogo si le revisa sobre los dolores torácicos producto de la tos.

**Tabla N° 28**

**Tratamiento eficaz con respecto a su enfermedad por parte del medico neumólogo a los pacientes del Hospital Militar Central, 2014**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
SI	8	40.0
NO	2	10.0
A VECES	10	50.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes mayores de 50 años en el Servicio de Neumología, del HMC, 2014.



En el gráfico N° 28, se aprecia que el 40% respondieron la alternativa SI, el 10% contestaron la opción NO, y el 50% la alternativa A VECES; lo que nos indica que la mayoría de encuestados manifiestan que a veces reciben un tratamiento eficaz por parte del medico neumólogo con respecto a su enfermedad.

## 4.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS

### VALIDACIÓN (MÉTODO CHI CUADRADO)

#### HIPÓTESIS GENERAL

- Hi Existiría una relación directa entre la gestión de salud pública y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años en el Hospital Militar Central, Período 2014.
- Ho No existiría una relación directa entre la gestión de salud pública y el proceso atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años en el Hospital Militar Central, Período 2014.

#### FRECUENCIAS OBTENIDAS DE LA HIPÓTESIS GENERAL

¿La institución ofrece condiciones de calidad en estructura física, consulta, etc.?	Proceso de atención en infección de bronquitis		TMR
	Adecuado	Inadecuado	
SI	A 7	B 1	8
NO	C 1	D 0	1
A VECES	E 4	F 7	11
<b>TMC</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>20</b>

$$Fe = \frac{(TMR) (TMC)}{N}$$

N

$$Fe \text{ casilla A} = (8) (12) / (20) = 4.80$$

$$Fe \text{ casilla B} = (8) (8) / (20) = 3.20$$

$$Fe \text{ casilla C} = (1) (12) / (20) = 0.60$$

$$Fe \text{ casilla D} = (1) (8) / (20) = 0.40$$

$$Fe \text{ casilla E} = (11) (12) / (20) = 6.60$$

$$Fe \text{ casilla F} = ( 11 ) ( 8 ) / ( 20 ) = 4.40$$

### APLICANDO LA FÓRMULA DE CHI CUADRADA

$$X^2 = \frac{\sum (fo - fe)^2}{fe}$$

Casilla	Fo	Fe	fo - fe	(fo - fe) <sup>2</sup>	(fo - fe) <sup>2</sup> / fe
A	7	4.80	2.20	4.84	1.01
B	1	3.20	-2.20	4.84	1.51
C	1	0.60	0.40	0.16	0.27
D	0	0.40	-0.40	0.16	0.40
E	4	6.60	-2.60	6.76	1.02
F	7	4.40	2.60	6.76	1.54
	n = 20				Σ = 5.80

### COMPARAR EL RESULTADO DE CHI CUADRADA

$$gl = (r-1) (c-1)$$

$$gl = (3-1) (2-1) = 2$$

gl = Grados de libertad

gl = 5.5468 (Tabla Confianza 95%)

r = Renglones del cuadro

c = Columnas del cuadro

$$5.80 \geq 5.5468$$

$$X^2_c \geq X^2_t$$

→ SE ACEPTA LA HIPÓTESIS GENERAL.

## HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1

- Hi Existiría relación directa entre la gestión administrativa y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años.
- Ho No existiría relación directa entre la gestión administrativa y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años.

### FRECUENCIAS OBTENIDAS DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1

¿Recibe información sobre medidas de prevención de bronquitis aguda?	Proceso de atención en infección de bronquitis		TMR
	Adecuado	Inadecuado	
SI	A 2	B 0	2
NO	C 3	D 3	6
A VECES	E 2	F 10	12
<b>TMC</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>20</b>

$$Fe = \frac{(TMR) (TMC)}{N}$$

$$Fe \text{ casilla A} = (2) (7) / (20) = 0.70$$

$$Fe \text{ casilla B} = (2) (13) / (20) = 1.30$$

$$Fe \text{ casilla C} = (6) (7) / (20) = 2.10$$

$$Fe \text{ casilla D} = (6) (13) / (20) = 3.90$$

$$Fe \text{ casilla E} = (12) (7) / (20) = 4.20$$

$$Fe \text{ casilla F} = (12) (13) / (20) = 7.80$$

### APLICANDO LA FÓRMULA DE CHI CUADRADA

$$X^2 = \frac{\sum (fo - fe)^2}{fe}$$

Casilla	Fo	Fe	fo - fe	(fo - fe) <sup>2</sup>	(fo - fe) <sup>2</sup> / fe
A	2	0.70	1.30	1.69	2.41
B	0	1.30	-1.30	1.69	1.30
C	3	2.10	0.90	0.81	0.39
D	3	3.90	-0.90	0.81	0.21
E	2	4.20	-2.20	4.84	1.15
F	10	7.80	2.20	4.84	0.62
	n = 20				Σ = 6.08

### COMPARAR EL RESULTADO DE CHI CUADRADA

$$gl = (r-1) (c-1)$$

$$gl = (3-1) (2-1) = 2$$

gl = Grados de libertad

gl = 5.5468 (Tabla Confianza 95%)

r = Renglones del cuadro

c = Columnas del cuadro

$$6.08 \geq 5.5468$$

$$X^2_c \geq X^2_t$$

→ SE ACEPTA LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1.

## HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

- Hi Podría existir relación directa entre la gestión técnico operativa y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años.
- Ho No podría existir relación directa entre la gestión técnico operativa y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años.

### FRECUENCIAS OBTENIDAS DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

¿El personal de neumología responde a todas sus interrogantes sobre su salud?	Proceso de atención en infección de bronquitis		TMR
	Adecuado	Inadecuado	
SI	A 11	B 1	12
NO	C 0	D 0	0
A VECES	E 1	F 7	8
<b>TMC</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>20</b>

$$Fe = \frac{(TMR) (TMC)}{N}$$

N

$$Fe \text{ casilla A} = (12) (12) / (20) = 7.20$$

$$Fe \text{ casilla B} = (12) (8) / (20) = 4.80$$

$$Fe \text{ casilla C} = (0) (12) / (20) = 0$$

$$Fe \text{ casilla D} = (0) (8) / (20) = 0$$

$$Fe \text{ casilla E} = (8) (12) / (20) = 4.80$$

$$Fe \text{ casilla F} = (8) (8) / (20) = 3.20$$

## APLICANDO LA FÓRMULA DE CHI CUADRADA

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Casilla	Fo	Fe	fo - fe	(fo - fe) <sup>2</sup>	(fo - fe) <sup>2</sup> / fe
A	11	7.20	3.80	14.44	2.01
B	1	4.80	-3.80	14.44	3.01
C	0	0	0	0	0
D	0	0	0	0	0
E	1	4.80	-3.80	14.44	3.01
F	7	3.20	3.80	14.44	4.51
	n = 20				Σ = 12.54

## COMPARAR EL RESULTADO DE CHI CUADRADA

$$gl = (r-1) (c-1)$$

$$gl = (3-1) (2-1) = 2$$

gl = Grados de libertad

gl = 5.5468 (Tabla Confianza 95%)

r = Renglones del cuadro

c = Columnas del cuadro

$$12.54 \geq 5.5468$$

$$X^2_c \geq X^2_t$$

→ SE ACEPTA LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2.

### HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3

- Hi Existiría relación directa entre la inteligencia sanitaria y el proceso de atención en bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años.
- Ho No existiría relación directa entre la inteligencia sanitaria y el proceso de atención en bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años.

### FRECUENCIAS OBTENIDAS DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3

¿El médico le ofrece información oportuna para acortar el período de enfermedad y evitar las complicaciones?	Proceso de atención en infección de bronquitis		TMR
	Adecuado	Inadecuado	
SI	A 3	B 1	4
NO	C 3	D 4	7
A VECES	E 1	F 8	9
<b>TMC</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>20</b>

$$Fe = \frac{(TMR) (TMC)}{N}$$

$$Fe \text{ casilla A} = (4) (7) / (20) = 1.40$$

$$Fe \text{ casilla B} = (4) (13) / (20) = 2.60$$

$$Fe \text{ casilla C} = (7) (7) / (20) = 2.45$$

$$Fe \text{ casilla D} = (7) (13) / (20) = 4.55$$

$$Fe \text{ casilla E} = (9) (7) / (20) = 3.15$$

$$Fe \text{ casilla F} = (9) (13) / (20) = 5.85$$

### APLICANDO LA FÓRMULA DE CHI CUADRADA

$$X^2 = \frac{\sum (fo - fe)^2}{fe}$$

Casilla	Fo	Fe	fo - fe	(fo - fe) <sup>2</sup>	(fo - fe) <sup>2</sup> / fe
A	3	1.40	1.60	2.56	1.83
B	1	2.60	-1.60	2.56	0.98
C	3	2.45	0.55	0.30	0.12
D	4	4.55	-0.55	0.30	0.07
E	1	3.15	-2.15	4.62	1.67
F	8	5.85	2.15	4.62	0.99
	n = 20				Σ = 5.66

### COMPARAR EL RESULTADO DE CHI CUADRADA

$$gl = (r-1) (c-1)$$

$$gl = (3-1) (2-1) = 2$$

gl = Grados de libertad

gl = 5.5468 (Tabla Confianza 95%)

r = Renglones del cuadro

c = Columnas del cuadro

$$5.66 \geq 5.5468$$

$$X^2_c \geq X^2_t$$

→ SE ACEPTA LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3.

## **CONCLUSIONES**

Tomando como referencia los objetivos planteados en la presente investigación, así como el problema general, los resultados y su posterior análisis e interpretación, se concluye lo siguiente:

- Primera.-** El análisis de los resultados efectuados revela que existe una relación directa entre la gestión de salud pública y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años, se acepta la hipótesis general; es decir se observa que las condiciones de salud que ofrece la institución son regulares, y los pacientes reciben un tratamiento regular por parte del médico neumólogo.
- Segunda.-** Otro resultado se manifiesta en que existe relación directa entre la gestión administrativa y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años; es decir los pacientes no reciben adecuadamente información sobre medidas de prevención de bronquitis aguda.
- Tercera.-** Existe relación directa entre la gestión técnico operativa y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años, es decir es importante que el personal de neumología observe la situación de salud de los pacientes de manera continua.
- Cuarta.-** Otro resultado nos dice que existe relación directa entre la inteligencia sanitaria y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en

pacientes mayores de 50 años, es decir en el Hospital Militar Central no existe una información oportuna de las necesidades de los pacientes.

## **RECOMENDACIONES**

- Primera.-** Se recomienda, a los pacientes mayores de 50 años alimentarse sanamente, para subir sus defensas y no estar propensos a la enfermedad de la gripe y posterior bronquitis aguda. Por consiguiente, el sistema inmune se debilita, dificultando el proceso de recuperación de las enfermedades, por lo cual es muy importante la vacunación en los ancianos
- Segunda.-** Se aconseja al adulto mayor de 50 años acudir a los establecimientos de salud cuando presenten algún problema de gripe y/o bronquitis; y a los profesionales de salud llevar un control médico periódico para prevenir y/o detectar precozmente patologías y para enseñarle a vivir sanamente. Asimismo, se recomienda al profesional de salud indicarles a los pacientes llevar por lo menos un control anual antes de los 70 años, y por lo menos dos controles después de los 70 años.
- Tercera.-** Es recomendable clasificar a los pacientes y que ellos deban ser reconocidos por todos los médicos especialistas y no especialistas, para que el uso de los antibióticos sea restringido al grupo de pacientes que realmente lo necesiten, y de esta manera beneficiarlos.
- Cuarta.-** Se hace necesaria la formación y transformación de la sociedad, mediante la transmisión de valores personales, sociales y profesionales

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ( 1 ) HAMLON J. H. (2000). Fisiología de la salud pública. Principios de la administración sanitaria. 3 ed. México, DF: La prensa Médica Mexicana. Pág. 11.
- ( 2 ) FRENK J. (2002). El concepto y medición de la accesibilidad. Revista de Salud Pública de México. Pág. 27.
- ( 3 ) MORÍN, Edgar y Col. (2003), Educar en la era planetaria Gedisa Editorial. Barcelona. pág. 67.
- ( 4 ) GOMEZ, Rubén (2002). La noción de salud publica consecuencias de la polisemia en revista facultad nacional de salud publica. Medellín. Pág. 56.
- ( 5 ) HUERTAS B, Franco.(2000). El método PES. Entrevista con Carlos Matus. Ecuador. Pág. 58.
- ( 6 ) HAMLON J. H. (2000). Fisiología de la salud pública. Principios de la administración sanitaria. 3 Edición. México, DF: La prensa Médica Mexicana. Pág. 20.

- ( 7 ) ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (2005). Curso Administración de Servicios de Salud. Módulo Dirección y Liderazgo de la Calidad Total en Salud. ENSAP. Lima. Pág. 48.
  
- ( 8 ) DÍAZ A. (2008). Bronquitis aguda: diagnóstico y manejo en la práctica clínica, Univ. Méd. Bogotá - Colombia. Pág. 71.
  
- ( 9 ) HEITKEMPER DIRKSEN, Lewis (2004). Enfermería Medico quirúrgica (Valoración y Problemas de Cuidados Clínicos). Edic. Española: Elsevier España S.A. Génova. Pág. 606.
  
- ( 10 ) CABRERA P. y RODRÍGUEZ F. (2005). Manual de enfermedades respiratorias.2da Edición. España. Pág. 129.

# **A N E X O S**

**ENCUESTA DIRIGIDO A PACIENTES EN EL  
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

**I. OBJETIVO**

Determinar la relación que existe entre la gestión de salud pública y el proceso de atención en infección de bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años en el Hospital Militar Central, 2011.

**II. DATOS GENERALES**

- Edad:.....Sexo: F ( ) M ( )
- Grado de instrucción:

Primaria	( )	Secundaria	( )
Superior	( )	Sin instrucción	( )
- Estado civil:

Casado(a)	( )	Soltero(a)	( )	Viudo(a)	( )
Divorciado(a)	( )	Conviviente	( )		
- Numero de veces de ingreso al servicio de Neumología.....

**III. INSTRUCCIONES**

A continuación se le presenta una lista de preguntas, a las cuales Ud. deberá marcar con un aspa (X), según corresponda.

**1.  Gestión Administrativa**

- 1) ¿La institución ofrece condiciones de calidad en estructura física, consulta, etc.?  
a) SI ( )      b) NO ( )      c) A VECES ( )
  
- 2) ¿Recibe información sobre medidas de prevención de bronquitis aguda?  
a) SI ( )      b) NO ( )      c) A VECES ( )
  
- 3) ¿El personal de Neumología orienta sobre la identificación de las condiciones de riesgo de contagio?

- a) SI ( ) b) NO ( ) c) A VECES ( )
- 4) ¿Te sientes satisfecho con la calidad de atención que te brinda el hospital?
- a) SI ( ) b) NO ( ) c) A VECES ( )

## 2. Gestión Técnico Operativa

- 5) ¿Se debe evaluar continuamente los servicios que prestan el personal de neumología?
- a) SI ( ) b) NO ( ) c) A VECES ( )
- 6) ¿El personal de neumología comunica sobre campañas que realiza la institución a favor de la salud?
- a) SI ( ) b) NO ( ) c) A VECES ( )
- 7) ¿Mantiene una buena interrelación con el personal médico que le permite tener una buena atención médica?
- a) SI ( ) b) NO ( ) c) A VECES ( )
- 8) ¿El personal de neumología responde a todas sus interrogantes sobre su salud?
- a) SI ( ) b) NO ( ) c) A VECES ( )
- 9) ¿La buena atención debe estar siempre presente en la institución para proveer mejor salud a los pacientes?
- a) SI ( ) b) NO ( ) c) A VECES ( )

## 3. Inteligencia Sanitaria

- 10) ¿El médico le ofrece información oportuna para acortar el período de enfermedad y evitar las complicaciones?
- a) SI ( ) b) NO ( ) c) A VECES ( )
- 11) ¿Los medicamentos que le prescribe su médico le ha ayudado rápidamente a solucionar su problema de salud?

- a) SI ( )      b) NO ( )      c) A VECES ( )
- 12) ¿Los médicos de neumología le brindan información adecuada y oportuna para mejorar su problema de salud?
- a) SI ( )      b) NO ( )      c) A VECES ( )
- 13) ¿Consideras que una toma de decisión adecuada permite mejorar las condiciones de salud?
- a) SI ( )      b) NO ( )      c) A VECES ( )
- 14) ¿Los profesionales de neumología poseen un compromiso personal con los pacientes de la Institución?
- a) SI ( )      b) NO ( )      c) A VECES ( )

#### **4. Factores Desencadenantes**

- 15) ¿El hábito de fumar es una de las causas principales de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el HMC?
- a) SI ( )      b) NO ( )      c) A VECES ( )
- 16) ¿Cuando se indica tratamiento medico por bronquitis el paciente deja de fumar?
- a) SI ( )      b) NO ( )      c) A VECES ( )
- 17) ¿Cree. Ud., que la institución toma medidas preventivas contra la contaminación atmosférica?
- a) SI ( )      b) NO ( )      c) A VECES ( )
- 18) ¿Acuden más pacientes a la especialidad de neumología cuando estamos en invierno, clima de frío y humedad?
- a) SI ( )      b) NO ( )      c) A VECES ( )
- 19) ¿El neumólogo indica la alimentación adecuada, cuando somete a tratamiento a los pacientes?

a) SI ( ) b) NO ( ) c) A VECES ( )

20) ¿Los pacientes acuden a un especialista de neumología cuando empieza los problemas respiratorios?

a) SI ( ) b) NO ( ) c) A VECES ( )

#### 5. Variedad de Bronquitis Aguda

21) ¿Acude a un médico neumólogo cuando está con abundante secreción mucosa?

a) SI ( ) b) NO ( ) c) A VECES ( )

22) ¿Cree Ud., que al obstruirse los bronquios pequeños puede existir el peligro de la asfixia?

a) SI ( ) b) NO ( ) c) A VECES ( )

23) ¿El especialista en neumología le orienta sobre el cuidado que debe tener con la inhalación de gases tóxicos?

a) SI ( ) b) NO ( ) c) A VECES ( )

24) ¿Existe confidencialidad por parte del neumólogo en su tratamiento de bronquitis?

a) SI ( ) b) NO ( ) c) A VECES ( )

#### 6. Manifestaciones Clínicas:

25) ¿El médico neumólogo le brinda instrucción adecuada por escrito para su tratamiento de enfermedad respiratoria?

a) SI ( ) b) NO ( ) c) A VECES ( )

26) ¿Cuando esta en consulta, el neumólogo le revisa sobre los dolores torácicos producto de la tos?

a) SI ( ) b) NO ( ) c) A VECES ( )

27) ¿Recibe un tratamiento eficaz por parte del medico neumólogo con respecto a su enfermedad?

a) SI ( )      b) NO ( )      c) A VECES ( )