



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN ASISTENCIAL DE LA
SUBGERENCIA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ESSALUD 2013 – 2017

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el grado académico de Maestra en Administración de
Servicios de Salud

Autora:

Almonacid Ramírez, Elizabeth Hilda

Asesor:

Guevara Florian, Víctor Angel
(ORCID: 0000-0002-3261-5160)

Jurado:

Lozano Zanelly, Gleen Alberto
Mendoza Lupuche, Román
Vigo Ayasta, Elsa Regina

Lima - Perú

2020



Referencia:

Almonacid, E. (2020). *Evaluación de indicadores de gestión asistencial de la Subgerencia de Atención Domiciliaria de Essalud 2013 – 2017*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5890>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN ASISTENCIAL DE LA
SUBGERENCIA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ESSALUD 2013 – 2017

Línea de Investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el grado académico de Maestra en Administración de Servicios de Salud

Autor:

Almonacid Ramírez, Elizabeth Hilda

Asesor:

Guevara Florian, Víctor Angel

(ORCID: 0000-0002-3261-5160)

Jurado:

Lozano Zanelly, Gleen Alberto

Mendoza Lupuche, Román

Vigo Ayasta, Elsa Regina

Lima - Perú

2020

DEDICATORIA

A mi familia que con su apoyo me dio la energía
necesaria para culminar esta etapa profesional con éxito

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional Federico Villarreal por brindarme la oportunidad de crecer profesionalmente, al servicio de atención domiciliaria de Essalud por las facilidades para la ejecución de la presente investigación.

ÍNDICE

RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Planteamiento del problema.....	11
1.2. Descripción del Problema	12
1.3. Formulación del Problema	14
- Problema General.....	14
- Problemas Específicos.....	14
1.4. Antecedentes	14
<u> 1.5. Justificación de la Investigación</u>	<u>19</u>
- Justificación Metodológica	20
<u> 1.6. Limitaciones de la Investigación</u>	<u>20</u>
<u> 1.7. Objetivos.....</u>	<u>21</u>
- Objetivo General	21
- Objetivos Específicos.....	21
1.8. Hipótesis.....	22
II. MARCO TEÓRICO	23
2.1. Marco Conceptual	23
- Definición.....	23
- Indicadores de la Salud	23

-	Indicadores de Gestión en Salud	24
-	Tipo de Indicadores	24
-	Gestión Asistencial.....	28
III.	MÉTODO	30
3.1.	Tipo de Investigación	30
3.2.	Población y Muestra.....	30
3.3.	Operacionalización de Variables.....	31
3.4.	Instrumentos	33
3.5.	Procedimientos	34
3.6.	Análisis de Datos.....	35
IV.	RESULTADOS	36
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	46
VI.	CONCLUSIONES	51
VII.	RECOMENDACIONES	52
VIII.	REFERENCIAS	53
IX.	ANEXOS	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variable dependiente.....	30
Tabla 2. Variable independiente.....	31
Tabla 3. Variable Interviniente.....	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Numero de atenciones realizadas en el programa de atención domiciliaria.....	35
Figura 2. Porcentaje de atenciones médicas realizadas en el programa de atención domiciliaria.....	36
Figura 3. Porcentaje de atenciones médicas especializadas en el programa de atención domiciliaria.....	37
Figura 4. Porcentaje de atenciones de enfermería en el programa de atención domiciliaria.....	38
Figura 5. Porcentaje de atenciones de psicología en el programa de atención domiciliaria.....	39
Figura 6. Porcentaje de atenciones de Nutrición en el programa de atención domiciliaria.....	40
Figura 7. Porcentaje de atenciones de Laboratorio en el programa de atención domiciliaria.....	41
Figura 8. Porcentaje de atenciones en Radiología en el programa de atención domiciliaria.....	42
Figura 9. Porcentaje de atenciones en Terapia en el programa de atención domiciliaria.....	43
Figura 10. Porcentaje de atenciones realizadas en el programa de atención domiciliaria.....	44

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los indicadores de gestión asistencial de la subgerencia de atención domiciliaria de Essalud durante el periodo 2013 al 2017. Materiales y Métodos: El estudio realizado fue de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal; se consideraron a todos los pacientes del programa de atención domiciliaria PADOMI que cumplieron con los criterios de inclusión seleccionados para el presente estudio, los gráficos fueron elaborados en el programa SPSS versión N° 21. Resultados: El promedio en el proceso de atención de medicina fue de 89.4%, en el caso de las especialidades médicas fue de 77.3%, en la atención de Enfermería fue de 92.4%, en el caso de las atenciones de Psicología fue de 90.5%, en las atenciones de Nutrición fue de 85.9%, en el caso de Laboratorio fue de 94.9%, en Radiología fue de 95.3% y en Terapia el promedio fue de 95.3%. Discusión: El programa de atención domiciliaria de Essalud ha venido presentando un incremento en el número de asegurados que se inscriben al programa sin embargo este crecimiento no ha mermado los porcentajes de producción lo que demuestra que las medidas adoptadas han servido para mantener los porcentajes de efectividad de manera constante. Conclusión: El programa de atención domiciliaria presenta un porcentaje en promedio de atención de 90.1% de pacientes atendidos en relación de los programados, siendo los servicios de nutrición y las especialidades médicas las que presentan menores porcentajes

Palabras clave: indicadores, gestión, asistencia.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the indicators of care management of the home care sub- department of Essalud during the period 2013 to 2017. **Materials and methods:** The study carried out was of a descriptive, retrospective, cross- sectional type; All patients from the PADOMI home care program who met the inclusion criteria selected for the present study were considered, the charts were prepared in the SPSS program, version No. 21. **Results:** The average in the medical care process was 89.4%, in the case of medical specialties it was 77.3%, in Nursing care it was 92.4%, in the case of Psychology care it was 90.5%, in Nutrition was 85.9%, in the case of Laboratory it was 94.9%, in Radiology it was 95.3% and in Therapy the average was 95.3%. **Discussion:** The home care program of Essalud has been presenting an increase in the number of insured who enroll in the program; however, this growth has not diminished the production percentages, which shows that the measures adopted have served to maintain the percentages of effectiveness constant. **Conclusion:** The home care program presents an average percentage of care of 90.1% of patients seen in relation to the scheduled ones, with nutrition services and medical specialties having the lowest percentages.

Keywords: indicators, management, assistance.

I. INTRODUCCIÓN

Los servicios de salud pública de las administraciones públicas cubren un espectro de actividades amplio y algo heterogéneo. Con la definición explícita de un catálogo o de carteras de servicios de salud pública se avanza en su formalización y visibilidad (EU Populations, 2006; López 1994). Para un buen seguimiento de su desempeño se precisa disponer de indicadores apropiados, como es habitual en los servicios asistenciales. (Motlis, 1985)

El programa de atención domiciliaria (PADOMI) es un programa de atención preferencial que brinda Essalud en el domicilio a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna. El programa está dirigido a personas dependientes, que son aquellas que no pueden valerse por sí mismas y dependen de otra persona para realizar sus actividades de la vida diaria, tales como desplazarse, vestirse, comer, asearse, usar los servicios higiénicos, entre otros. Donde la familia cumple un rol complementario importante y responsable en el cuidado del paciente.

La población de Atención Domiciliaria está conformada por personas adultas mayores de más de 80 años, pacientes con dependencia funcional temporal o permanente y pacientes con enfermedades terminales donde Atención Domiciliaria le brinda el servicio de salud de mantenimiento en cuanto a las enfermedades preexistentes.

En el Perú , el 16 de Diciembre 1993 se da comienzos a la atención domiciliaria de forma organizada, en el antiguo IPSS (Instituto Peruano de Seguridad Social) donde se crea el PADOMI (Programa de Atención Domiciliaria), de igual manera que en algunos otros países hasta el momento no tiene una estandarización de sus servicio y la validación lamentablemente no tiene el sustento en políticas de salud gubernamental ; esto no quiere decir que sí exista un consenso sobre la atención domiciliaria como modelo complementario e importante en los servicios de salud de la Seguridad Social del Perú y de potencial incalculable para la gestión

eficiente de las prestaciones de salud que brinda este sistema.

Es de señalar que los indicadores de gestión son de suma importancia para poder evaluar de forma objetiva cada uno de los procesos de atención que se brindan en los diferentes servicios de salud. Estos indicadores persiguen conocer la realidad, normalizar los criterios de actividad y evaluar los resultados. Habitualmente se presentan a los órganos de gobierno y se recogen en la memoria anual de actividades, junto a los indicadores económicos y de personal. (Jones et al., 1999)

Finalmente, ha habido un interés creciente por relacionar costes con actividad, para ayudar a la toma de decisiones sobre la distribución de recursos. Por todo ello se planteó realizar una revisión del sistema de indicadores, abordando esencialmente los procesos asistenciales que son la columna vertebral del programa de atención domiciliaria y que resulta en gran medida la razón de ser de la creación de este programa, es de considerar que no existe ningún estudio previo que permitan tomar como punto de partida para este estudio. Compartimos aquí el fruto de esta investigación por creer que puede ser de utilidad para la institución, para todos aquellos funcionarios que están comprometidos con la mejora de la gestión, pero por sobre todo con nuestros pacientes que son la razón de ser de todo profesional de salud.

1.1.Planteamiento del problema

El presente informe está estructurado por 9 capítulos, los cuales comprenden a la introducción que contiene de manera desarrollada el objetivo del presente trabajo así como la delimitación de la problemática que tiene como propósito formular el problema de estudio, el segundo capítulo está referido a toda la literatura que se relacione de manera teórica con el estudio y proporciona los fundamentos para el posterior análisis, el tercer capítulo está referido a la metodología de la investigación que enmarca el estudio en el rigor científico que debe tener cada estudio de investigación, el capítulo cuarto está formado por todos los hallazgos

estadísticos de la muestra de estudio y que se plasma a través de cuadros y tablas, el capítulo cinco está formado por la discusión que se establece al realizar la contratación de los resultados con los de otros autores para establecer las similitudes y diferencias, el capítulo seis lo forma las conclusiones que es el resumen de los hallazgos encontrados plasmados de manera sintética, el capítulo siete está conformado por las recomendaciones que el autor realiza en base a las conclusiones obtenidas, en el capítulo ocho se encuentran las referencias bibliográficas utilizadas y finalmente el capítulo nueve donde se encuentran los anexos que comprende a la ficha de recolección de la información así como la matriz de consistencia.

1.2. Descripción del Problema

El desarrollo de la ciencia y la tecnología en los procesos de ayuda diagnóstica y en el tratamiento ha favorecido a los centros de salud para que estos se conviertan en centros modelo de atención, dejando atrás la atención que se realizaba en los domicilios. Sin embargo, en las últimas décadas se ha vuelto nuevamente a ver la importancia por la atención domiciliaria realizada por el personal de salud, ya sea por motivos económicos o por el incremento de las enfermedades crónicas. (Esteban et al., 2005)

La atención en el domicilio por parte del personal de salud es una actividad que permite proveer de atenciones en la comodidad del hogar donde el paciente se encuentra en un estado emocional más estable, por la que su situación suele verse mejorada por los cuidados de la familia. (Arnedo, 2006). Este tipo de paciente no requiere de hospitalización por lo que la atención suele ser de tipo primaria, y presenta características bien definidas que la diferencia de la hospitalización domiciliaria. (De la Revilla y Espinoza, 2003) De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la atención en el domicilio es la modalidad de asistencia que es programar por el personal asistencial para brindar los cuidados y atenciones médicas, físicas, psicosociales y espirituales. (Aguirre et al., 2009).

Desde mediados del siglo XX ha aumentado de manera considerable el porcentaje de

enfermedades crónicas a nivel mundial, produciendo cambios demográficos en todo el mundo, en Europa el porcentaje de personas mayores de 65 años en el año 2000 fue de 16.1% y se proyecta que para el año 2050 llegará a 27.5% (SEMI, 2011)

Actualmente existe una gran demanda de atenciones en los servicios de salud por enfermedades cardiovasculares, osteoarticulares, metabólicas, cerebrovasculares y degenerativas que continúan incrementándose año tras año, actualmente se calcula que estas enfermedades no transmisibles fueron causantes de la muerte de 35 millones de personas en el año 2005 y se proyecta a duplicar esa cantidad en los próximos 10 años (OMS, 2008)

La población adulta en el Perú es de 9.1%, mientras que para el año 2025, se prevé un porcentaje de 12.5% (INEI, 2011)

De acuerdo con los reportes estadística de Essalud, en los últimos años se ha incrementado de manera progresiva la atención en pacientes adultos mayores llegando a un 13.2% del total de atenciones y representando el 26.4% de los egresos en los hospitales nacionales. (Essalud, 2006).

En el Programa de Atención domiciliaria se reporta que el 53.3% de los pacientes mayores de 65 años se encuentran entre los 80 y 89 años (Ferrer, 2006)

La población asegurada que se inscribe en el programa de atención domiciliaria se ha venido incrementando en los últimos años debido al envejecimiento de la población, lo que ha conllevado a la necesidad de poder contar con mayores recursos humanos para poder atender la alta demanda del servicio, este crecimiento acelerado ha conllevado a que en muchos casos no se pueda cumplir con la atención de los pacientes por las diversas especialidades del servicio, por eso resulta importante poder analizar y determinar el porcentaje de pacientes que no logran ser atendidos para poder determinar sus causas y poder adoptar medidas correctivas en beneficio de nuestros asegurados.

1.3. Formulación del Problema

- Problema General

¿Cuál es la evaluación de los indicadores de gestión asistencial de la subgerencia de atención domiciliaria de Essalud en el periodo 2013 al 2017?

- Problemas Específicos

- ¿Cuál es el número de pacientes pertenecientes al programa de atención domiciliaria?
- ¿Cuál es el número de personal asistencial del programa de atención domiciliaria?
- ¿Cuál es la eficacia de atenciones médicas realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria?
- ¿Cuál es la eficacia en las atenciones médicas de especialidad realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria?
- ¿Cuál es la eficacia en las atenciones de enfermería realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria?
- ¿Cuál es la eficacia en las atenciones de laboratorio realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria?
- ¿Cuál es la eficacia en las atenciones de imágenes realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria?
- ¿Cuál es la eficacia en las atenciones de terapia realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria?
- ¿Cuál es la eficacia en las atenciones de nutrición realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria?
- ¿Cuál es la eficacia en las atenciones de psicología realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria?

1.4. Antecedentes

- **Antecedentes Internacionales**

Leng et al. (2015) realizaron un estudio acerca de la efectividad de un programa de atención domiciliaria para la reducción hospitalaria en un hospital de Singapur en Tailandia, para este estudio se inscribieron 262 pacientes en el programa y se analizaron 259. Los pacientes tuvieron una reducción de 51.6% y 52.8% en los ingresos hospitalarios en los tres meses y seis meses posteriores a la inscripción, respectivamente. De manera similar, se observó una reducción de 47.1% y 48.2% para las asistencias de los departamentos de emergencia en los tres y seis meses posteriores a la inscripción, respectivamente. La diferencia promedio en los días de hospitalización por paciente en los períodos de preinscripción y postinscripción fue de 12.05 días y 20.03 días en los períodos de 3 meses y 6 meses, respectivamente. (p.100)

Azevedo et al. (2018) en su investigación, acerca de la aplicabilidad del método de Jacobson y Truax, en un hospital de la ciudad de Rio de Janeiro. La intervención consistió en un programa de enseñanza para el alta hospitalaria después de una prostatectomía radical mediante guía oral, redacción y refuerzo telefónico. Treinta y cuatro hombres participaron en el grupo de intervención y 34 hombres participaron en el grupo de control. Se calculó un índice confiable de cambio y significación clínica para la variable de conocimiento en ambos grupos. Se presentaron diagramas de dispersión para demostrar la efectividad del método.

Para los 30 individuos en el grupo de intervención, la intervención presentó un cambio clínicamente relevante que en el conocimiento. En el grupo control, ninguno de los 34 individuos presentó significación clínica de los resultados relacionados con esta variable, es decir, la significación estadística identificada por las pruebas inferenciales no tuvo cambios clínicamente relevantes en la variable de conocimiento. La intervención educativa realizada a través de la combinación de asesoramiento oral, escrito y telefónico demostró ser clínicamente eficaz para mejorar el conocimiento sobre la atención domiciliaria.

Gill et al. (2013) en su estudio sobre las evidencias de la rentabilidad a largo plazo de los programas de reajuste de atención domiciliaria, en Australia, utilizaron el enlace de datos

para examinar de forma retrospectiva los registros de servicios de personas mayores que habían recibido un servicio de realojamiento versus un servicio de atención domiciliaria convencional para determinar su uso de servicios de atención domiciliaria a lo largo del tiempo. Las personas que habían recibido un servicio de reabsorción tenían menos probabilidades de utilizar un servicio de atención personal durante el período de seguimiento o cualquier otro tipo de atención domiciliaria durante los próximos 3 años. Este uso reducido de los servicios de atención domiciliaria se asoció con un ahorro de costos promedio por persona de aproximadamente AU \$ 12,500 durante casi 5 años. Llegando a concluir que la inclusión del reglamento como punto de partida para las personas remitidas para atención domiciliaria dentro del sistema reformado de atención a la tercera edad de Australia podría aumentar la rentabilidad del sistema y garantizar que todos los australianos mayores tengan la oportunidad de maximizar su independencia a medida que envejecen. (p. 1273)

Siclovan (2018) en su investigación sobre la efectividad de la atención médica domiciliaria para reducir los reingresos: una revisión integradora, en los Estados Unidos de Norteamérica, donde analiza la investigación sobre la relación del cuidado de la salud en el hogar con los reingresos, específicamente, identificando factores moderadores y mediadores y restricciones de medición que influyen en las evaluaciones de efectividad de los cuidados de la salud en el hogar para reducir los reingresos. Las tasas de reingreso de los pacientes con cuidado de la salud en el hogar son más altas que las de los pacientes que no reciben servicios de atención médica domiciliaria, pero la medición de la efectividad se ve confundida por la variación de la práctica y las comparaciones con grupos de control no comparables. Las evaluaciones de efectividad de cuidado de la salud en el hogar para reducir la readmisión requieren atención a la comparabilidad de la muestra y al control para las variables mediadoras. El establecimiento de evidencia de efectividad aclara la utilidad de cuidado de la salud en el hogar como una estrategia para reducir las readmisiones. (p. 187)

Gómez et al. (2018) Realizaron un estudio acerca de la eficacia de un programa de atención integrada de hospital en el hogar como recurso alternativo para la atención de crisis médicas en adultos mayores con enfermedades crónicas complejas, donde se incluyeron 171 adultos mayores (57 de la unidad de hospitalización domiciliaria y 114 de la unidad geriátrica de cuidados intermedios) con enfermedades complejas con riesgo de resultados negativos. Al inicio del estudio, los pacientes de la unidad de hospitalización domiciliaria eran significativamente más jóvenes y tenían menos probabilidades de tener problemas cognitivos y ser remitidos por un servicio de urgencias. La mayoría de los pacientes de ambos grupos se recuperaron de sus crisis de salud (91.2% en el grupo de la unidad de hospitalización domiciliaria versus 88.6% en el grupo de la unidad geriátrica de cuidados intermedios, $p = 0.79$). No se encontraron diferencias entre los 2 grupos en la mortalidad a los 30 días (8,6% frente a 9,6%, $P \Rightarrow 0,99$). Hubo una tendencia hacia una menor readmisión de 30 días a una unidad de cuidados agudos en el grupo de la unidad de hospitalización domiciliaria (10.5% contra 19.3% en el grupo de la unidad geriátrica de cuidados intermedios, $p = 0.19$). Los pacientes de la unidad de hospitalización domiciliaria tuvieron mayor ganancia funcional relativa (media de 0,75 días frente a 0,51 en el grupo de la unidad geriátrica de cuidados intermedios, $p = 0,01$) y una estancia más larga en la unidad (9,7 frente a 8,2 días en el grupo de la unidad geriátrica de cuidados intermedios, $p < 0,01$). (p. 860)

- **Antecedentes Nacionales**

Vinces (2016), realizó una investigación acerca de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes del programa atención domiciliaria (PADOMI), de la muestra seleccionada el 67,93% fueron del sexo femenino, el 59,23% provienen de provincia, siendo Arequipa y Ancash las provincias con mayor incidencia, el 71,38% sufrieron de osteoartritis, el 67,59% sufrieron de HTA y el 39,66% de EPOC. Los distritos que presentaron mayor

incidencia de HTA fueron Surco y Miraflores y las enfermedades de osteoartritis fueron los de San Borja, el distrito con mayor población adscrita al PADOMI fue de San Juan de Lurigancho. (p.9)

Santa Cruz (2017), realizó una investigación sobre la eficacia del programa de atención domiciliaria en el Hospital de Naylamp de la ciudad de Chiclayo, donde encontró que el 61.3% fueron del sexo femenino, el 53.3% tuvieron edades entre 80 y 89 años, de acuerdo con los resultados más del 80% de los pacientes encuestados determinaron que el programa de atención domiciliaria si es eficaz debido a que cumple con los objetivos institucionales. (p. 7)

Purizaca (2018) en su tesis sobre la atención domiciliaria y la calidad de vida en los pacientes oncológicos terminales, en la ciudad de Lima, realizó una investigación de tipo correlacional durante el periodo del año 2015, la población estuvo conformada por pacientes del hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de 318 familias, la información se recolecto a través de una encuesta de percepción de la atención domiciliaria y la calidad de vida, en esta información se pudo obtener información que fue válida a través del programa estadístico SPSS versión 23 y se empleó la prueba de hipótesis no paramétrica de Rho Spearman, encontrando que existe una relación directa y significativa entre las variables de estudio, por lo que se considera que la atención domiciliaria provee una mejor calidad de vida en los pacientes oncológicos en etapa terminal.(p. 9)

Gonzales y Rojas (2014) realizaron un estudio sobre la sobrecarga del cuidador familiar y la relación con el grado de dependencia del usuario mayor en el programa de atención domiciliaria del Hospital de Nuevo Chimbote, donde la muestra estuvo constituida por 30 pacientes usuarios, encontrando que el 90% de los adultos presentan dependencia funcional, siendo más del 33% de dependencia total, seguido de una dependencia leve con el 30%, el 63.3% de los cuidadores familiares presentaba una sobrecarga de cuidador del cual el 40% presenta una sobrecarga intensa, por lo que se logró afirmar que existe una relación entre las

variables de sobrecarga del cuidador familiar con el grado de dependencia del paciente. (p.9) Collazos y Vásquez (2016), en su tesis sobre la percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería en el programa de atención domiciliaria de un centro de atención primaria en la ciudad de Chiclayo, el trabajo de investigación estuvo conformado por 80 pacientes del programa los cuales fueron seleccionados de manera aleatoria, llegando a la conclusión que la percepción de estos pacientes fue favorable con respecto al cuidado de las enfermeras con un ligero porcentaje que tuvo una percepción medianamente favorable, por lo que se logró soslayar que las atenciones de enfermería cumplen de manera eficiente sus actividades realizándolas de manera integral y oportuna. (p.9)

1.5. Justificación de la Investigación

- *Justificación Teórica*

El estado debe velar por la salud de la población así como esta descrito en la Constitución Política, sin embargo la realidad nos dice que en mucho casos el estado no cumple con esta función debido a la gran necesidad de acceso por una gran parte de la población, en ese contexto Essalud creo el programa de atención domiciliaria para llevar la salud a un población que de acuerdo a su condición física le resultaba imposible poder asistir a sus controles, de esta premisa es que el presente estudio buscar realizar una evaluación de los últimos cinco años de un programa con el propósito de plantear mejoras que permitan llegar de forma más eficiente y eficaz a la población asegurada del programa.

- *Justificación Práctica y Social*

La evaluación de los indicadores de atención en el programa de atención domiciliaria facilitará poder llegar a más personas ya que se podrán optimizar los recursos con que cuenta el programa, llegando a más personas para poder atender sus necesidades de salud, debemos de considerar que el programa de atención domiciliaria urge de poder realizar estos cambios debido al incremento de personas que día a día se vienen inscribiendo, por lo que los problemas

de cobertura podrían colapsar debido a una mala distribución y utilización de los recursos.

Este problema generara además un mayor costo social debido a que el paciente que se encuentra en el programa es un paciente que requiere atención permanente debido a su condición de postración o ya sea que se encuentre con una enfermedad crónica incapacitante que le impide desplazarse, por esta razón se debe cumplir con el rol de atenciones sobre todo en el proceso de atención, ya que estos pacientes dependen de la visita médica para poder seguir teniendo una mayor calidad de vida.

- *Justificación Metodológica*

En la actualidad el programa de atención domiciliaria no cuenta con indicadores de gestión en el proceso de atención que nos permita poder establecer una línea base, por lo que el estudio es el primero en poder mostrar la realidad en las atenciones y el alcance de las coberturas ya que el programa abarca toda la zona de la provincia de Lima, este trabajo aportara información que permitirá adoptar medidas de control y poder establecer un programa de calidad de gestión en la optimización de recursos humanos, llegando a donde se requiere más priorizando los casos de mayor urgencia, de esa forma este programa se integraría como parte de un plan de mejora que se retroalimentaría y supervisaría de forma mensual, volviéndolo un sistema dinámico, continuo y permanente.

1.6. Limitaciones de la Investigación

Una de las limitaciones que se presentaron durante el desarrollo del estudio es que no existen estudios previos que nos permitan poder realizar una comparación de las gestiones anteriores, así mismo en algunos servicios la estadística no siempre se encuentra actualizada. Otra de las limitaciones es la alta tasa de rotación del personal lo que dificulta un adecuado cumplimiento de las atenciones.

El alcance del estudio es local debido a que el estudio se realizó en los pacientes asegurados que se encuentran inscritos en el programa de atención domiciliaria PADOMI, por

lo que los resultados obtenidos permitirán realizar una evaluación del programa para poder mejorar los procesos de atención a los pacientes, mejorando la eficiencia en el servicio.

1.7.Objetivos

- *Objetivo General*

- Evaluar los indicadores de gestión asistencial de la subgerencia de atención domiciliaria de Essalud durante el periodo 2013 al 2017

- *Objetivos Específicos*

- Conocer el número de pacientes pertenecientes al programa de atención domiciliaria.
- Conocer el número de personal asistencial del programa de atención domiciliaria.
- Determinar la eficacia de atenciones médicas realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria.
- Determinar la eficacia de atenciones médicas de especialidad realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria.
- Determinar la eficacia de atenciones de enfermería realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria.
- Determinar la eficacia de atenciones de laboratorio realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria.
- Determinar la eficacia de atenciones de imágenes realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria.
- Determinar la eficacia de atenciones de terapia realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria.
- Determinar la eficacia de atenciones de nutrición realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria.
- Determinar la eficacia de atenciones de psicología realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria.

1.8.Hipótesis

Por la naturaleza de la investigación, de tipo descriptiva no requerirá de un planteamiento hipotético, ya que carecen de validez para poder confirmar o rechazar una hipótesis, por lo que se les debería considerar como generadores información para futuras investigaciones (Rothman y Greenland, 2008)

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Conceptual

- *Definición*

Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos) para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. La OMS los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios". (OMS, 2000)

- *Indicadores de la Salud*

Los indicadores son medidas indirectas de una determinada realidad, son el índice o reflejo de una situación. Constituyen el instrumento de mayor uso a la hora de realizar el diagnóstico de la situación de salud de cualquier sistema de salud del mundo. No sólo son útiles en el proceso de planificación, sino que también lo son para la realización de análisis epidemiológicos y para la investigación.

El indicador es un instrumento de medición construido técnicamente y su importancia radica en que lo que se mide, represente una tasa (medición de riesgo) que en algunos casos posee un denominador variable.

Un indicador de salud es una variable que permite medir las condiciones que queremos conocer: nivel de vida, salud, educación, es decir, aquellos datos que repercuten en la salud de una población. Por medio de los indicadores se pueden describir procesos biológicos, demográficos, sociales o económicos. Sirven para establecer relaciones entre variables y valen para analizar la evolución de cualquier proceso. Los indicadores deben cumplir una serie de requisitos:

- Representativos de la variable que se quiere medir.
- Factibles. Se puedan obtener en la práctica con los datos disponibles.
- Objetivos. En circunstancias similares tienen que proporcionar el mismo resultado, aunque

la medición haya sido realizada por distintas personas.

- Sensibles y con capacidad para captar los cambios ocurridos.
- Simples en su elaboración, lectura y comprensión.
- Específicos. Han de reflejar sólo los cambios ocurridos en la situación que se trata.
- Universales. Aceptados de forma general por la comunidad científica.

- ***Indicadores de Gestión en Salud***

En términos generales, los indicadores de salud representan medidas resumidas que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud. Específicamente, proporcionan señales para monitorear la gestión de un servicio, lo que permite asegurar que las actividades vayan en el sentido correcto, evaluar los resultados de una gestión frente a sus objetivos, metas y responsabilidades (Fuentes y Verdessi, 2011).

Por lo tanto, es la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se toman acciones correctivas o preventivas. (Salinas et al., 2004)

- ***Tipo de Indicadores***

La OMS clasificó a los indicadores de salud sanitarios en tres grupos:

- Los que nos permiten conocer el estado de salud de las comunidades, que a su vez pueden ser generales y específicos. Ejemplos de generales son la tasa de mortalidad general, la expectativa de vida... Como ejemplos de específicos tenemos la tasa de mortalidad materna infantil o la tasa de morbilidad.
- Los que nos permiten valorar las condiciones del medio, es decir, abastecimiento de aguas y eliminación de excretas, contaminación atmosférica, alimentación, higiene de la vivienda, etc.
- Los que tienen que ver con los medios sanitarios de los que se dispone: hospitales, personal

sanitario y utilización de servicios sanitarios. En un sentido amplio, los indicadores de interés en salud pública pueden dividirse en tres grandes grupos:

Indicadores Sanitarios. Tasa de mortalidad general o tasa de mortalidad bruta (TMG). Representa el número de fallecimientos a todas las edades, de ambos sexos y por todas las causas, producidas en un año por 1000 habitantes.

Tasa de mortalidad proporcional o índice de Swaroop (IS). Mide la proporción de defunciones que ocurren al año en personas mayores de 50 años por cada 100 defunciones totales.

Tasa de mortalidad infantil (TMI). Mide la frecuencia con que ocurren las muertes en niños menores de un año en relación con el número de nacidos vivos. Se expresa por 1000 nacidos. Esperanza de vida al nacer. Es el promedio de años que se espera que viva un sujeto desde el nacimiento. Se calcula realizando la media de la edad de defunción.

Tasa de mortalidad materna (TMM). Número de defunciones debido a embarazo, parto y puerperio en un año, en relación con el número de nacidos vivos. Se expresa por 100.000 nacidos vivos.

Tasa general de morbilidad (TGM). Total, de enfermedades en una comunidad. Es el número de casos nuevos entre la población total. (Báscolo, 2010)

2.2.4.2. Indicadores Económicos. Inversiones sociales. Repercuten de modo beneficioso sobre todo el conjunto social. Interesan las inversiones en educación, en salud pública y en servicios sociales. A menudo, las mejoras en salud pública no se consiguen exclusivamente con modelos estrictamente sanitarios (campañas de vacunación), sino a través de mejoras de saneamiento del medio ambiente, como, por ejemplo, abastecimiento de aguas potables, evacuación y depuración de aguas residuales, mejora de las viviendas... Consumo de alimentos.

Renta per cápita: Promedio de ingresos anuales que percibe cada habitante de un país.

Porcentaje de viviendas que disponen de agua potable en ellas o en sus cercanías. Porcentaje de viviendas que disponen de sistemas de evacuación de aguas residuales. Porcentaje del gasto familiar dedicado a alimentación. (Molero et al., 2010)

Indicadores Sociales. Tasa de alfabetismo. La UNESCO ha definido como “analfabeto” aquella persona de 15 o más años que no es capaz de leer y escribir.

Gastos de salud. Se estima que la proporción del presupuesto nacional destinado a los gastos de salud debe ser como mínimo el 5 % y aumentar por lo menos un 1 % cada 10 años. En los países avanzados se van incrementando los gastos destinados a la promoción de la salud y mejora del saneamiento ambiental, en tanto que van disminuyendo los gastos de carácter asistencial y hospitalario.

Número de médicos en relación con la población. La OMS estima una cifra adecuada de 1 médico por cada 600 –700 habitantes y a partir de esta cifra influyen más otros factores en los niveles de salud de la población, como el nivel de educación para la salud o las mejoras de saneamiento ambiental.

Camas hospitalarias en relación con la población: La OMS ha indicado una cifra óptima de 10 camas hospitalarias de todas las especialidades por cada 1000 habitantes. Gastos públicos: La relación entre los niveles educativos y la mejora de la situación sanitaria es evidente.

Debido a su relevancia e impacto en la población, todo indicador de gestión en salud debiera ser considerado por los directivos de las redes asistenciales para guiar las estrategias a implementar en los establecimientos que conforman la Red Asistencial de Salud Pública. En particular, no es necesario tener bajo control continuo muchos indicadores, sino sólo los más importantes, es decir, los claves (Kaplan y Norton, 2004). Entre los diversos indicadores de gestión que puede proporcionar un Servicio de Salud, (MINSA 2011) se tiene:

Indicadores Asistenciales. Con la finalidad de presentar el producto o resultado de la

actividad asistencial de los Servicios de Salud, se ha escogido, de los registros estadísticos elaborados por los Servicios, una serie de indicadores que dan cuenta de la mayor parte de las actividades de los establecimientos de la red hospitalaria. Estos son:

Índice Ocupacional: Este indicador, informa del porcentaje de utilización del recurso hospitalario “cama”. Representa la proporción de camas que se ocuparon con relación a las camas disponibles en un periodo. Este indicador se presenta acumulado durante el año.

Promedio de Días de Estancia: Este indicador, reporta el número de días cama promedio acumulados ocupados por cada egreso hospitalario durante el periodo observado. Para efectos del análisis, sólo se consideran los establecimientos hospitalarios con datos acumulados durante los trimestres.

Número de Consultas de Especialidad: Este indicador, expresa el número de Consultas de Especialidad efectivamente realizadas en un periodo acumulado del año. Para efectos del análisis se consideran los establecimientos hospitalarios y Centros de Resolución de Especialidades, Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y Centro de Referencia en Salud (CRS).

Porcentaje de Consultas Nuevas de Especialidad: El porcentaje de Consultas Nuevas de Especialidad corresponde al número de Consultas Nuevas de Especialidad del Total de Consultas de Especialidad en un periodo de tiempo. Este indicador debe medirse acumulado y para efectos del análisis se consideran los establecimientos hospitalarios.

Porcentaje de Cesáreas sobre Partos: Muestra la relación existente entre los partos vaginales y cesáreas, del total de partos atendidos en los establecimientos de la Red Asistencial. Este indicador debe medirse acumulado.

Número de Intervenciones Quirúrgicas electivas: Este indicador, reporta el número total de Intervenciones Quirúrgicas mayores y menores efectivamente realizadas en un periodo acumulado del año. Este indicador debe medirse acumulado.

- *Gestión Asistencial*

Las características de la gestión asistencial para estar relacionadas a poder conseguir eficacia, la efectividad y la eficiencia en la atención a los pacientes respondiendo a las necesidades de estos.

La gestión en los centros asistenciales se va a fundamentar en tres principios: la orientación al proceso de atención con la intención de controlar los resultados asistenciales, una autoevaluación constante y mantener una autonomía en la gestión.

Eficacia. Se obtiene mediante la constante mejora en los diagnósticos, evaluaciones, tratamientos y cuidados asistenciales a los pacientes, por lo que requiere de instrumentos de aplicación de los procesos, como guías, protocolos, discusión de casos, juntas de salud y todo aquellos que permita una discusión censurada en base a los datos obtenidos en el proceso de evaluación, siendo el aspecto más importante para obtener una mayor efectividad la gestión de asistencia de salud.

Efectividad. Se logra con la mejora de los resultados de las atenciones de salud, optimizando los recursos, así como realizando una adecuada gestión de procesos, creando nuevos modelos de atención, integrando procesos que permitan viabilizar y optimizar los recursos, es el rol que deben desempeñar todo gestor al momento de poder evaluar su gestión y la de su equipo de funcionarios administrativos, el aspecto que se involucra directamente con la efectividad es la gestión de procesos asistenciales.

Eficiencia. Es básicamente optimizar los costos, para esto se deben establecer un adecuado sistema de costos, así como una estructura que permita optimizar los recursos, aprovechando al máximo los materiales, insumos, medicamentos y demás que son indispensables en todo centro de atención, es importante señalar que ya existen indicadores de gestión que establecen en el caso del material humano, los tiempo de los procesos en promedio, lo que viabilidad la posibilidad de poder atender a los pacientes manteniendo siempre la calidad

en el proceso de atención, esto se logra involucrando y comprometiendo a todo el personal sincerando los recursos disminuyendo los costos e incrementando los ingresos, el sistema que más se encuentra relacionado es el de sistema de gestión.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de Investigación

Es un estudio no experimental porque el investigador no interviene directa o indirectamente en la manipulación del objeto de estudio, de tipo transversal, porque las variables involucradas se miden en una ocasión y porque no se realiza un seguimiento del comportamiento de los indicadores en el tiempo.

Es un estudio retrospectivo, porque se capta la información antes de la planeación de la investigación.

Diseño

Es un estudio descriptivo porque se recopiló la información de los procesos de atención en el programa en una ficha de recolección de datos, para su posterior tabulación.

Es un estudio observacional, porque el factor de estudio no es asignado por el investigador, sino que este se limita a observar, medir y analizar las variables, sin ejercer un control directo de la intervención.

3.2. Población y Muestra

Población.

La población de estudio está integrada por todo el personal asistencial de PADOMI que realiza atenciones domiciliarias

Muestra

$$N = \frac{z^2 * P * Q}{(N - 1) * d^2}$$

n = Tamaño de la muestra.

z = Nivel de confianza para un error de tipo I al 95% de confianza.

P = Probabilidad de éxito.

$$Q = 1 - p.$$

N = Tamaño de las atenciones programadas

d = Error

Remplazando:

$$z = 1.96.$$

$$P = 0.5.$$

$$Q = 1 - 0.5$$

$$N = 52366$$

$$d = 0.05$$

El Tamaño de la muestra estuvo conformado por la evaluación

3.3.Operacionalización de Variables

Tabla 1

Variable Dependiente

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Evaluación de Indicadores de gestión	Porcentaje de eficacia de las atenciones entre los 8 procesos de atención	Porcentaje de los procesos de atención	0-25%
			25.1-50%
			50.1- 75%
			75.1-100%

Nota: elaboración propia

Tabla 2*Variable Independiente*

VARIABLE		CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Eficacia de atenciones médicas	de	Número de atenciones médicas realizadas entre el número de atenciones programadas	Porcentaje de atenciones medicas	de 0-25% 25.1-50% 50.1- 75% 75.1-100%
Eficacia de atenciones médicas de especialidad	de	Número de atenciones médicas de especialidad realizadas entre el número de atenciones médicas de especialidades programadas	Porcentaje de atenciones médicas de especialidad	de 0-25% 25.1-50% 50.1- 75% 75.1-100%
Eficacia de atenciones enfermería	de	Número de atenciones de enfermería realizadas entre el número de atenciones de enfermería programadas	Porcentaje de atenciones enfermería	de 0-25% 25.1-50% 50.1- 75% 75.1-100%
Eficacia de atenciones laboratorio	de	Número de atenciones de laboratorio realizadas entre el número de atenciones de laboratorio programadas	Porcentaje de atenciones laboratorio	de 0-25% 25.1-50% 50.1- 75% 75.1-100%
Eficacia de atenciones imágenes	de	Número de atenciones de imágenes realizadas entre el número de atenciones de imágenes programadas	Porcentaje de atenciones imágenes	de 0-25% 25.1-50% 50.1- 75% 75.1-100%
Eficacia de atenciones terapia	de	Número de atenciones de terapia realizadas entre el número de atenciones de terapias programadas	Porcentaje de atenciones terapia	de 0-25% 25.1-50% 50.1- 75% 75.1-100%

Eficacia de atenciones de nutrición	de	Número de atenciones de nutrición realizadas entre el número de atenciones de nutrición programadas	de	Porcentaje de atenciones de nutrición	de	0-25% 25.1-50% 50.1- 75% 75.1-100%
Eficacia de atenciones de psicología	de	Número de atenciones de psicología realizadas entre el número de atenciones de psicología programadas	de	Porcentaje de atenciones de psicología	de	0-25% 25.1-50% 50.1- 75% 75.1-100%

Nota: Elaboración Propia

Tabla 3

Variable Interviniente

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Número de pacientes	Cantidad de asegurados que se encuentran inscritos en el programa de atención domiciliaria	Cuantitativo	Continua
Número de personal asistencial	Cantidad de personal médico, enfermería, psicología, nutrición, terapia, laboratorio y radiología	Cuantitativo	Continua

Nota: Elaboración Propia.

3.4. Instrumentos

Ficha de recolección de datos, elaborada para el presente estudio en relación con:

- Datos de la Variable Dependiente, a nivel conceptual general y específico.
- Datos de la Variable Independiente, a nivel conceptual general y específico.
- Registros de pacientes inscritos al programa de atención domiciliaria Essalud

entre los años 2013 al 2017

3.5. Procedimientos

- Se revisaron las estadísticas de atenciones mensuales por cada servicio del programa de atención domiciliaria.
- Se revisaron los registros de Laboratorio, Imágenes y Farmacia para corroborar los resultados encontrados en la ficha de recolección.
- Se utilizó la ficha de recolección de datos elaborada para este propósito
- Se asignó un código a cada ficha de recolección para preservar la integridad de los pacientes.
- Se procedió al proceso de recolección de datos.
- Se consignaron todos los datos en la ficha de recolección y posteriormente se vaciará dicha información en el programa estadístico SPSS, versión 23.0.

Procesamiento de Datos

- Se procedió a seleccionar las hojas de recolección completamente llenas y sin incongruencias. No se completarán los datos faltantes en las fichas.
- Se desecharán las hojas de recolección de datos que no cumplan con los requisitos elaborados.

Fuente de Información

Se tomaron los datos básicos de las fichas de recolección y del registro de atenciones del programa de atención domiciliaria PADOMI, también se revisaron los registros del área de imágenes, laboratorio y farmacia para verificar la información de las atenciones.

Elaboración de Datos

Se consideraron las siguientes fases:

- A) Revisión de los datos, para examinar en forma crítica cada uno de los instrumentos utilizados – control de calidad, a fin de poder hacer las correcciones pertinentes.
- B) Codificación de los datos, se transformaron los datos en códigos numéricos, de acuerdo con

la respuesta esperada en el formulario ad hoc, según el dominio de la variable.

- C) Clasificación de los datos, en base a la codificación, escala de medición e indicadores – valoración de cada variable identificada en el estudio.
- D) Recuento de los datos, de acuerdo con el método utilizado para conseguir el plan de tabulación necesario, en esta investigación se utilizará un programa informático para obtener las matrices de tabulación o tablas en blanco necesarias. Se digitaron los datos de las variables, en una base de datos del programa SPSS versión 21 para ambiente Windows XP, para lo cual se etiquetó y se definió el rango de cada variable. Así mismo una vez obtenidos los resultados con la valoración estadística correspondiente, se elaboraron gráficos de los resultados relevantes en EXCEL 2007. Mientras que la redacción se hizo en Word 2007. Algunos gráficos, especialmente los numéricos se realizarán en STATA versión 10.
- E) Presentación de datos en base al plan de tabulación, se planteó el número de tablas en blanco o ficticias que se requiere para la investigación, las cuales sirvieron para confeccionar las tablas definitivas y los gráficos respectivos para la presentación de datos del estudio.

3.6. Análisis de Datos

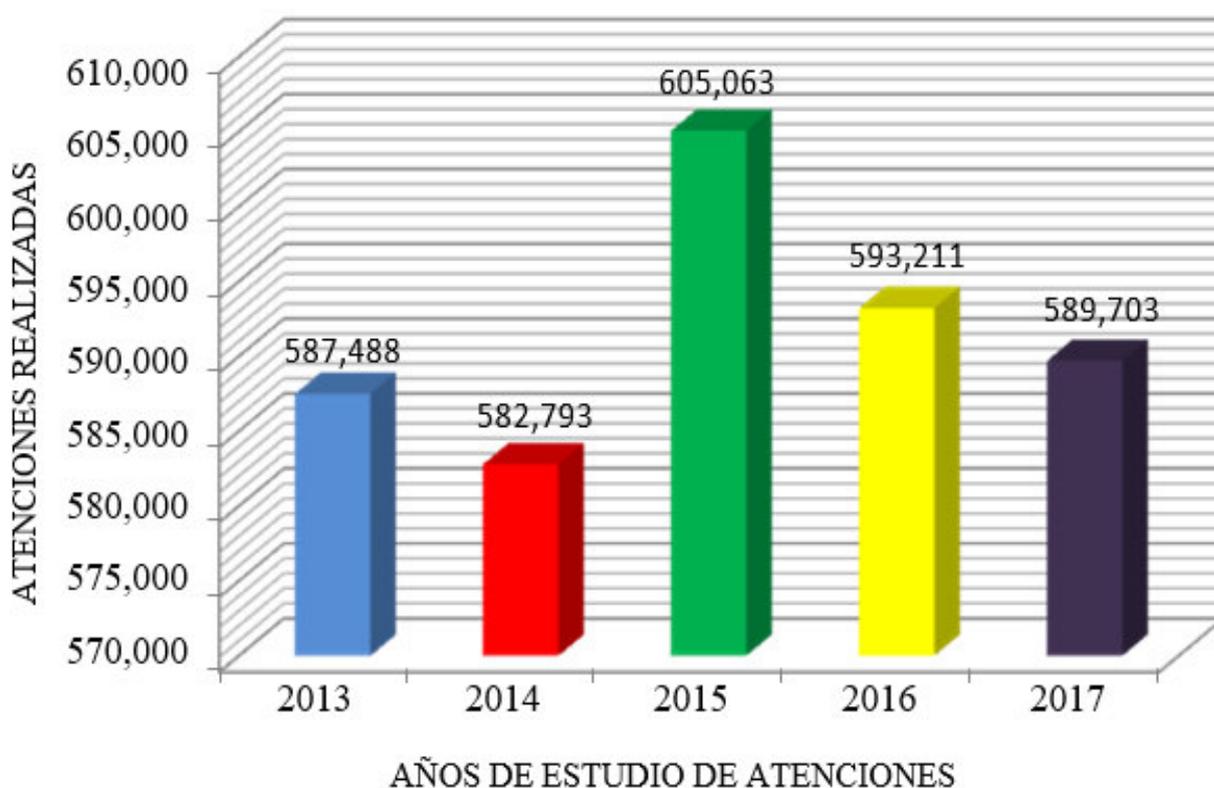
Se planteó realizar un estudio descriptivo, con variables numéricas aplicando medidas de resumen para poder obtener los resultados en base a los datos recopilados en las fichas de recolección respecto a las atenciones realizadas y las atenciones programadas, para poder realizar la comparación de las variables en base a medidas de tendencia central, como media y mediana, los resultados descriptivos se expresaron en número y porcentaje.

IV. RESULTADOS

Se realizaron 60 fichas de recolección de datos, un por cada mes del año desde el 2013 al 2017, referente al número de atenciones, atendidos y del número de personal por cada servicio que brinda el programa de atención domiciliaria PADOMI, arrojando los siguientes resultados estadísticos:

Figura 1

Número de atenciones realizadas en el programa de atención domiciliaria

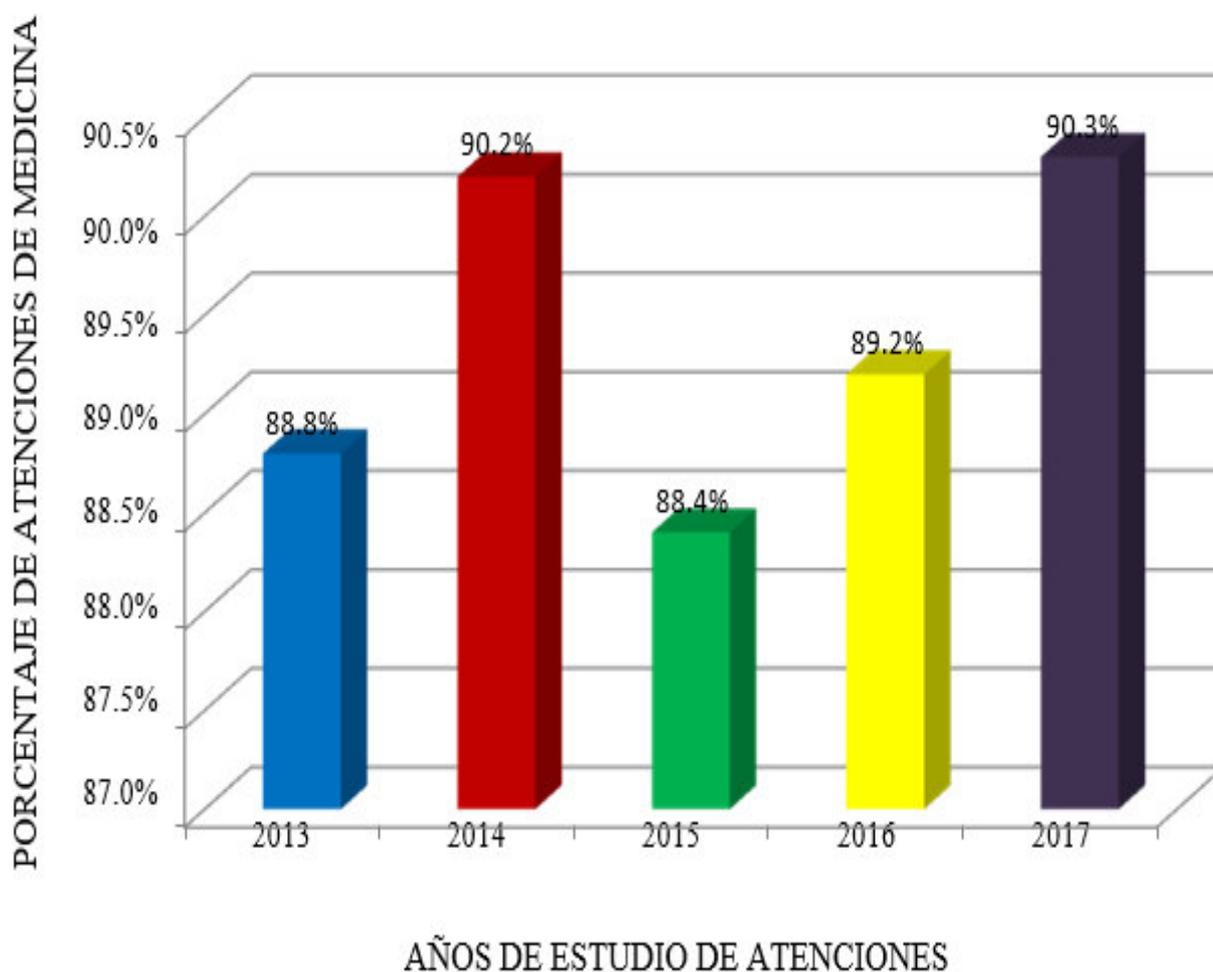


Fuente: *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V23.0*

Nota: En cuanto al número de atenciones, se encontró que no hubo una diferencia significativa entre los años de estudio, encontrando una media de 591,952 atenciones anuales.

Figura 2

Porcentaje de atenciones médicas realizadas en el programa de atención domiciliaria

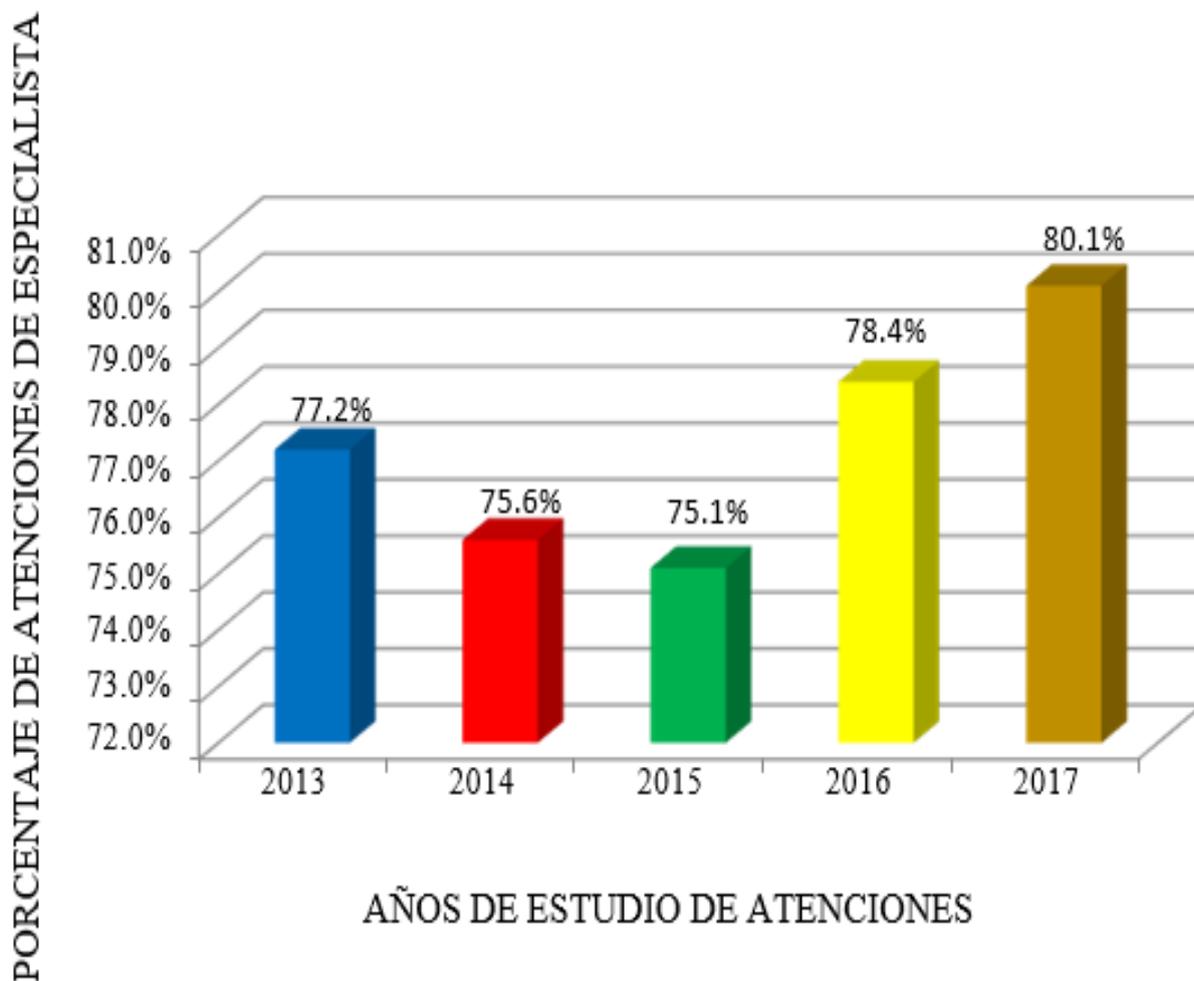


Fuente: *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V23.0*

Nota: Número de atenciones realizadas en el programa de atención domiciliaria en relación con las atenciones de medicina se encontró, que el año 2015 presentó una disminución en la productividad en cuanto a las atenciones de medicina llegando a un 88.4% de atención en relación a las citas programadas, presentando la mayor productividad el año 2017 con el 90.3%.

Figura 3

Porcentaje de atenciones médicas especializadas realizadas en el programa de atención domiciliaria

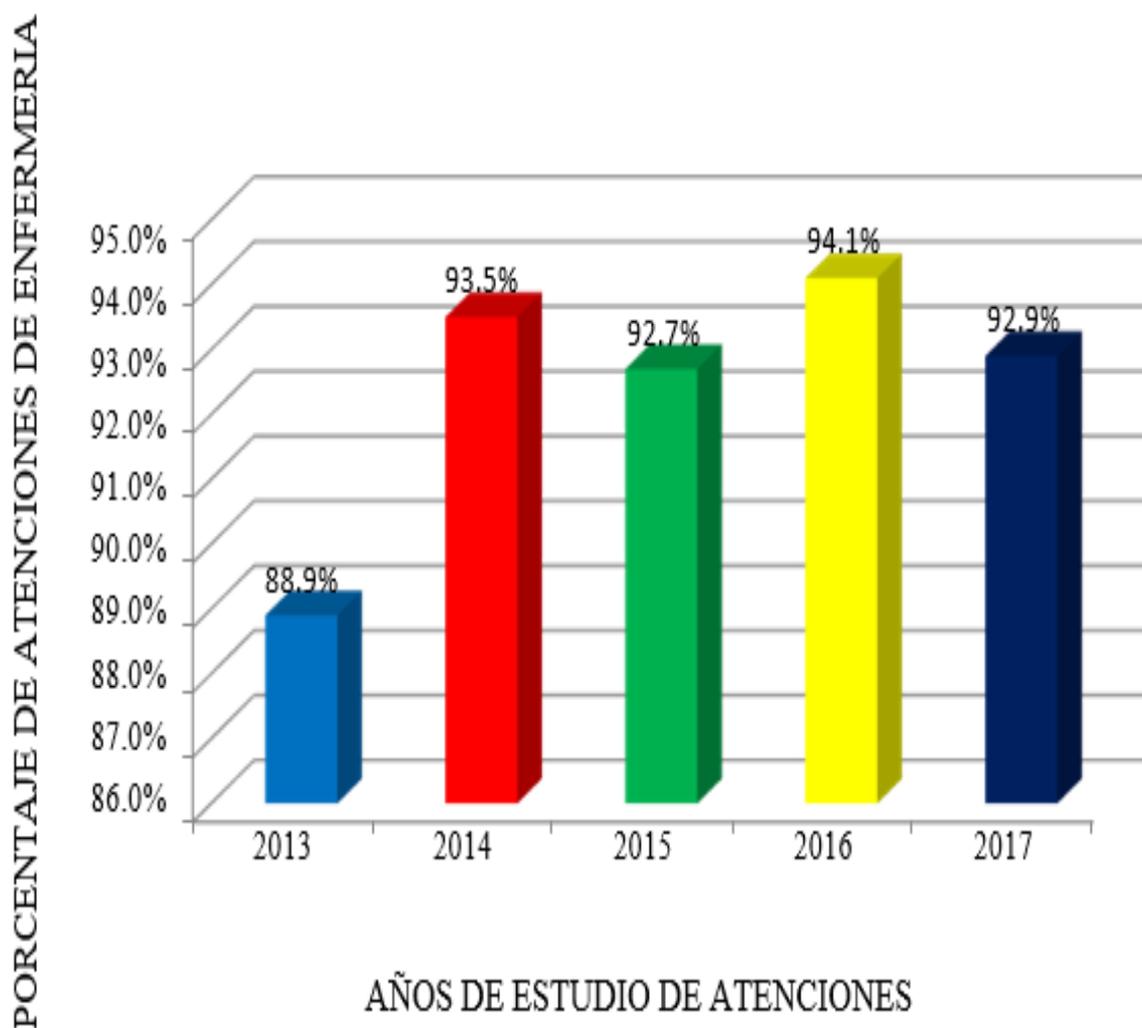


Fuente: *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V23.0*

Nota: En relación con las atenciones realizadas por los médicos especialistas se vio una disminución progresiva en las atenciones desde el año 2012 al 2015, con un porcentaje de 75.1% de atenciones efectivas con respecto a las programadas, incrementándose en los años posteriores alcanzando la más alta productividad el año 2017 con el 80.1% de efectividad.

Figura 4

Porcentaje de atenciones de Enfermería realizadas en el programa de atención domiciliaria

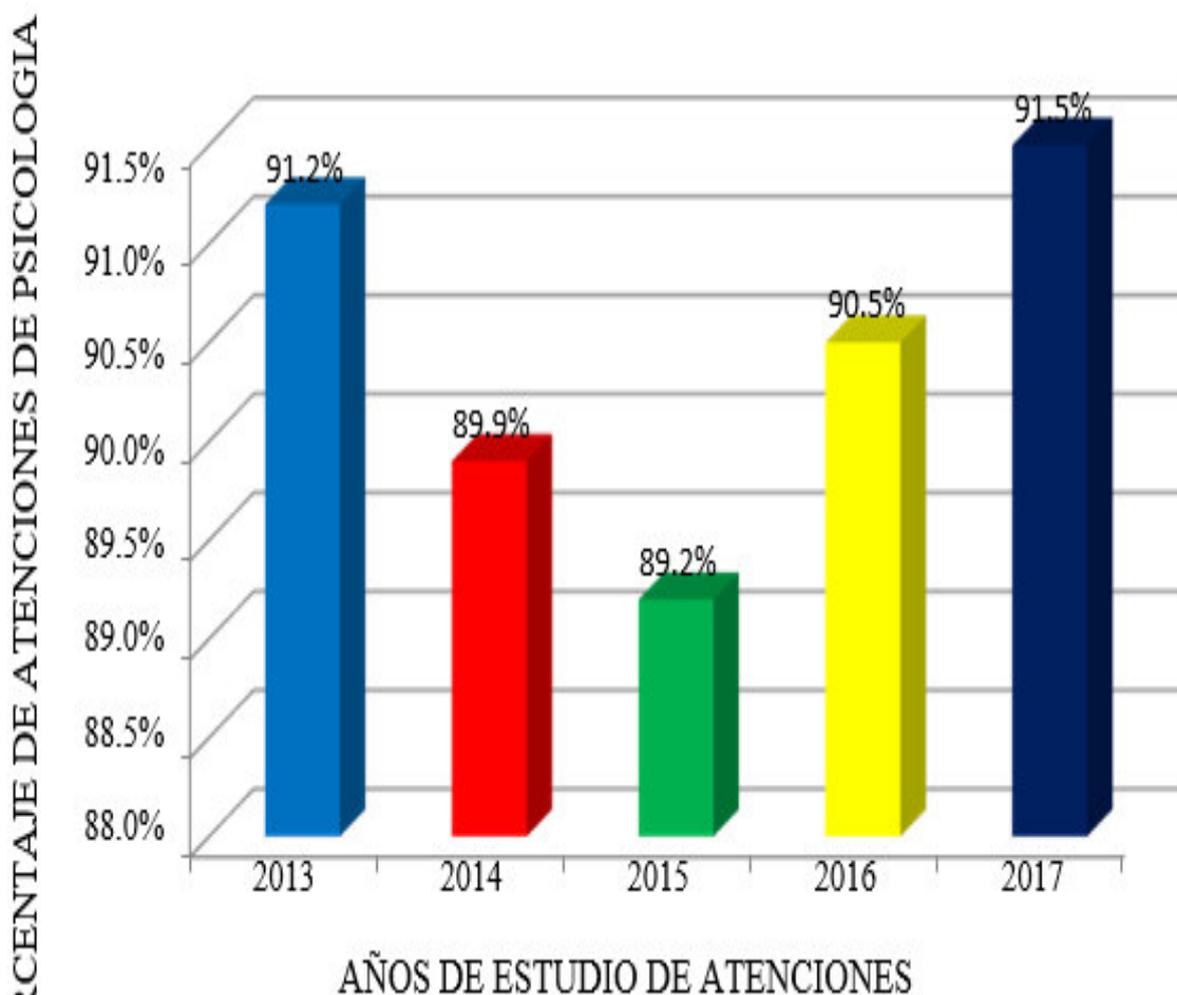


Fuente: *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V23.0*

Nota: Con respecto a las atenciones realizadas por el personal de enfermería, se encontró que la producción fue alta, presentando su mayor porcentaje el año 2016 con el 94.1% teniendo su producción más baja el año 2013 con el 88.9% de atenciones efectivas.

Figura 5

Porcentaje de atenciones de Psicología realizadas en el programa de atención domiciliaria

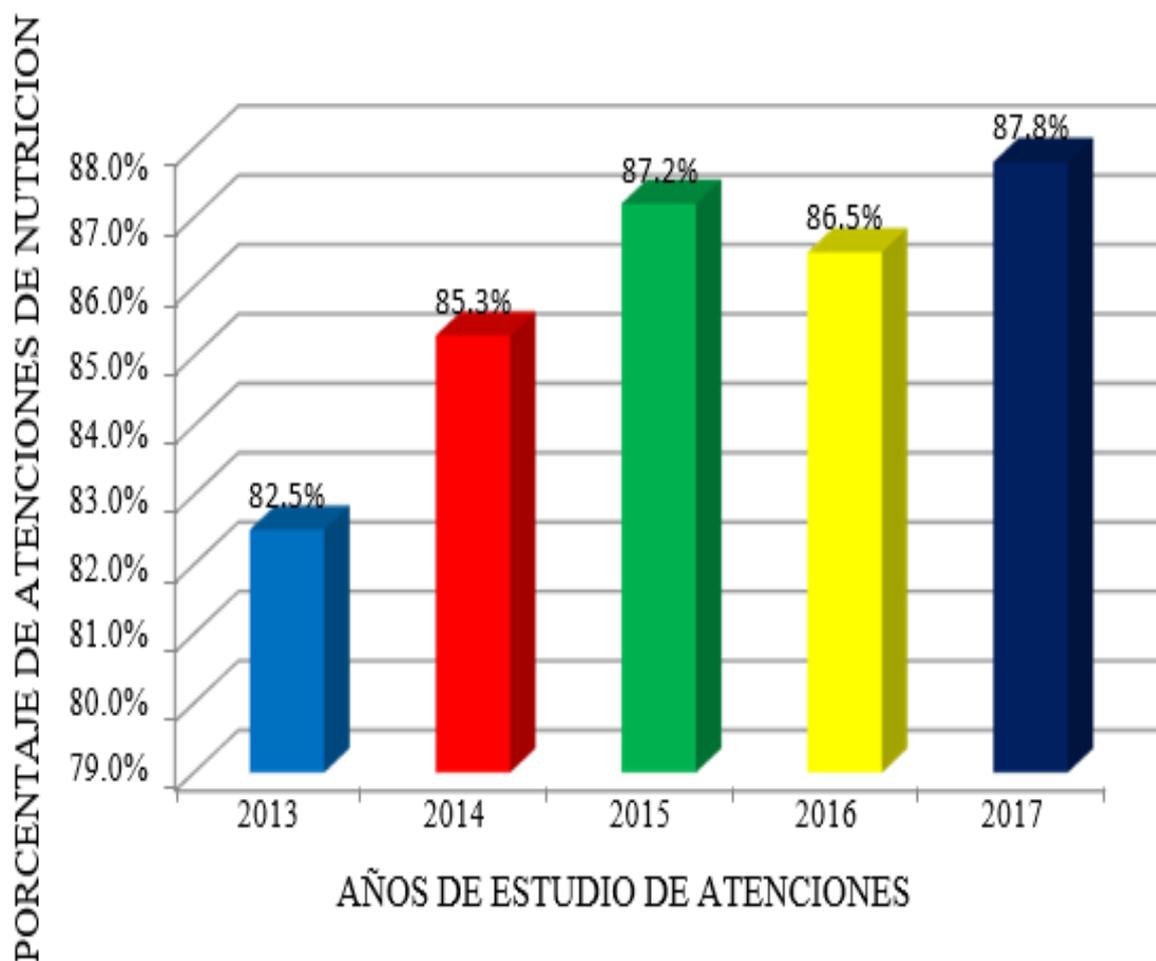


Fuente: *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V23.0*

Nota: se puede apreciar el porcentaje de efectividad de las atenciones realizadas por el personal de psicología, encontrando que el año 2017 alcanzó su máxima producción con el 91.5% de efectividad mientras que en el año 2015 se encontró la menor producción con el 89.2% de atenciones con respecto a las programadas.

Figura 6

Porcentaje de atenciones de Nutrición realizadas en el programa de atención domiciliaria

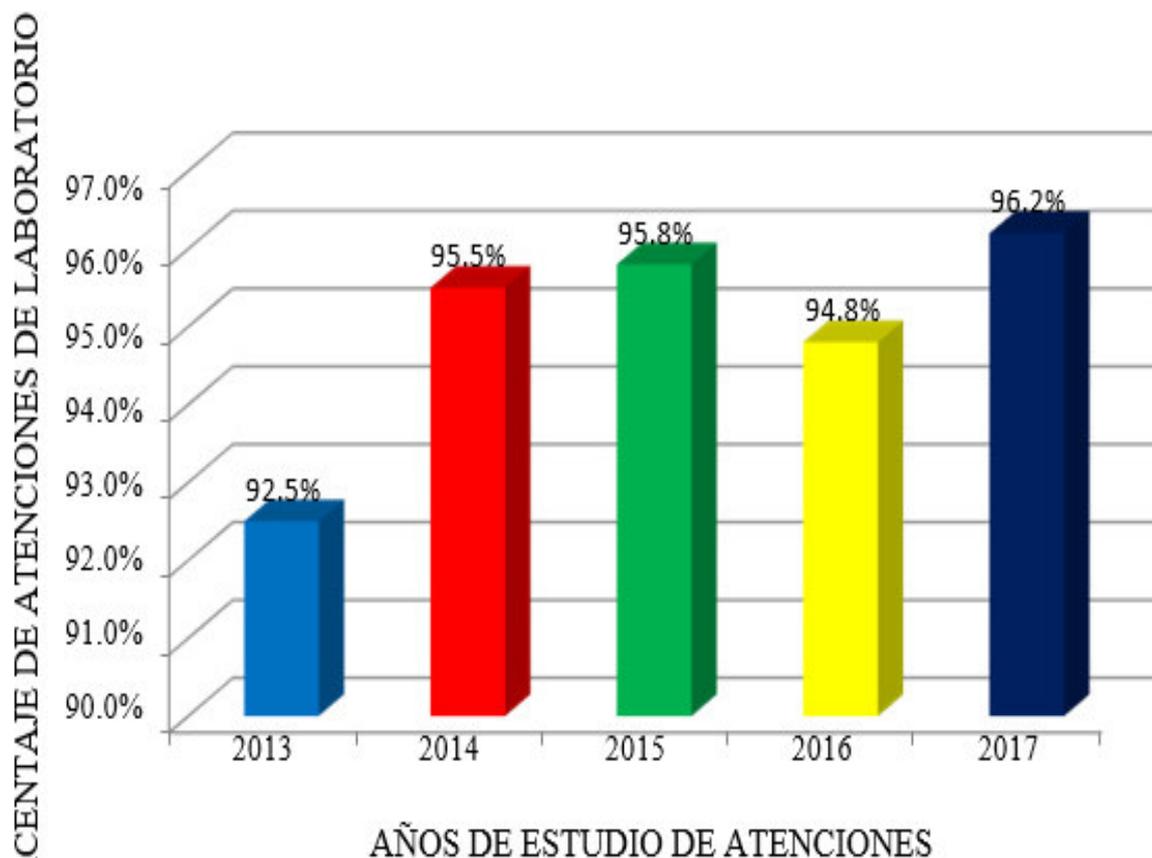


Fuente: *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V23.0*

Nota: Con respecto a las atenciones realizadas por el personal de nutrición del programa de atención domiciliaria, se encontró que desde el año 2010 hasta el 2015 se mantuvo en un alza constante siendo el año con menor efectividad el 2013 con el 82.5% siendo el de mayor producción el año 2017 con el 87.8% de efectividad.

Figura 7

Porcentaje de atenciones de Laboratorio realizadas en el programa de atención domiciliaria

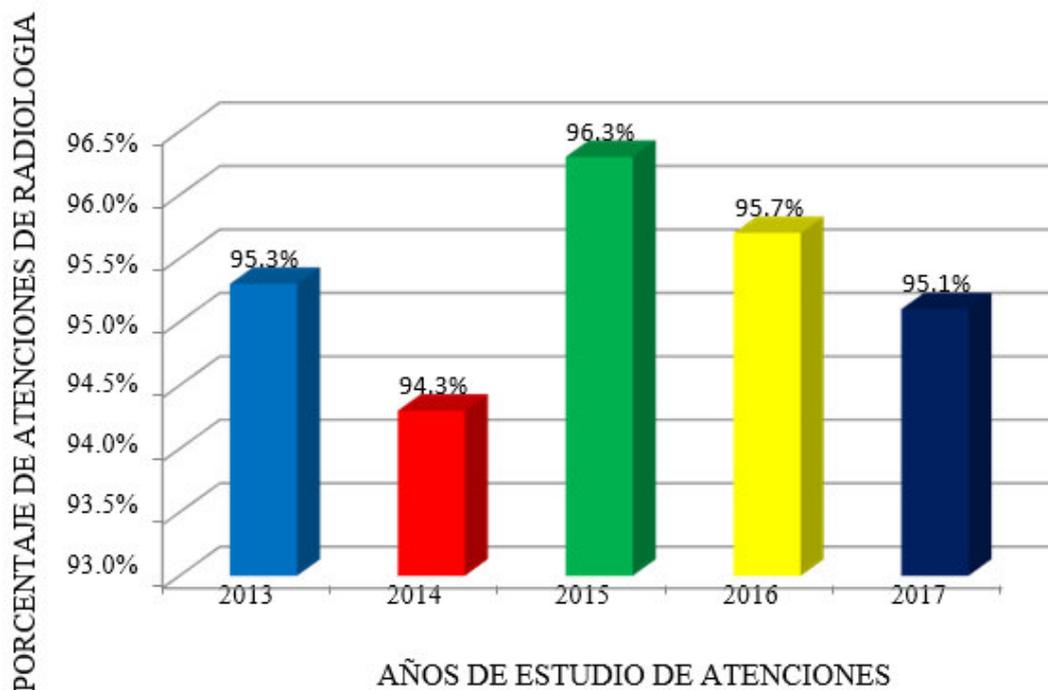


Fuente: *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V23.0*

Nota: En relación con las atenciones realizadas por el personal de laboratorio se encontró que mantuvo siempre una producción promedio siendo el año 2017 el de mayor producción con el 96.2% de atenciones realizadas con respecto a las programadas, mientras que al año con menor producción fue el año 2013 con el 92.5% de efectividad.

Figura 8

Porcentaje de atenciones de Radiología realizadas en el programa de atención domiciliaria

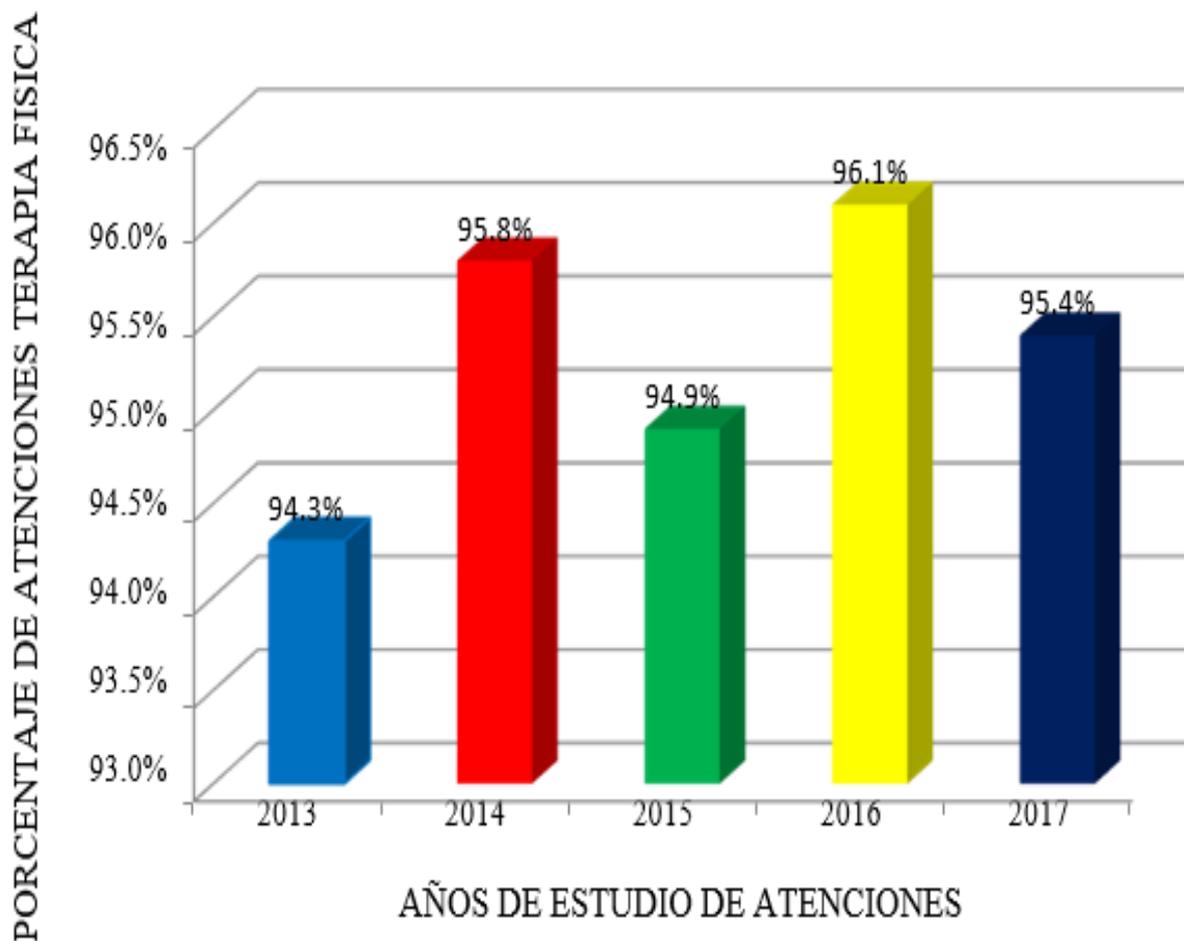


Fuente: *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V23.0*

Nota: se aprecia la efectividad del servicio de Radiología, encontrando que la mayor efectividad en las atenciones se presentó en el año 2011 con el 96.4% mientras que la menor efectividad en las atenciones se presentó en el año 2014 con el 94.3% de los pacientes atendidos, cabe señalar que el servicio de Radiología cuenta con equipos portátiles y además fijos por lo también se realizan atenciones en la sede central.

Figura 9

Porcentaje de atenciones de Terapia realizadas en el programa de atención domiciliaria

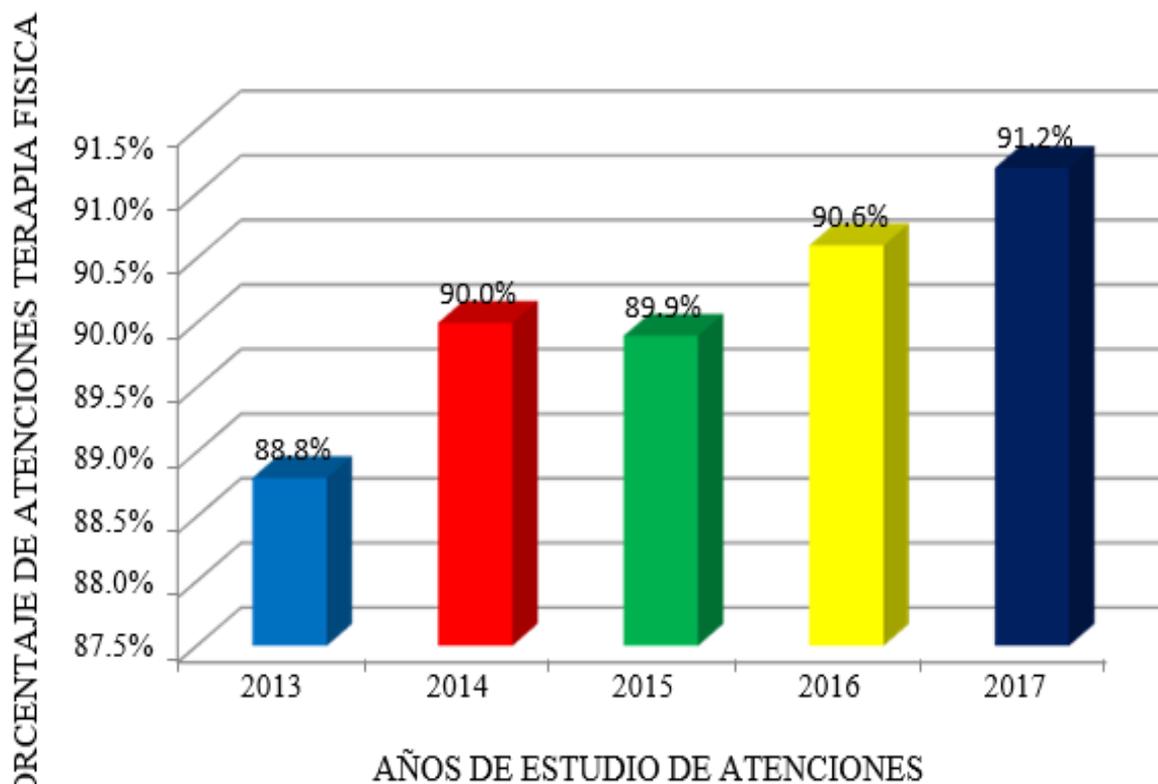


Fuente: *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V23.0*

Nota: se parecía el porcentaje de atención del servicio de terapia, es importante señalar que el servicio cuenta con las especialidades de Terapia Física y Rehabilitación además del servicio de Terapia de Lenguaje, encontrando que el mayor porcentaje de atención se realizó el año 2016 con el 96.1% mientras que la menor producción se produjo en el año 2013 con el 94.3%.

Figura 10

Porcentaje de atenciones realizadas en el programa de atención domiciliaria



Fuente: *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V23.0*

Nota: Al realizar la revisión del porcentaje de atenciones realizadas durante el periodo de estudio, se encontró que los porcentajes de efectividad se mantuvieron constantes, con una media de 90.1%, alcanzando el porcentaje más alto en el año 2014 con el 90%, mientras que el año menos efectivo en el proceso de atención se produjo en el año 2013 con 88.8%.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Discusión

Realizar una investigación sobre un problema de salud puede resultar complejo debido a la poca información que se puede encontrar, más aún en temas relacionados a proceso de gestión.

La problemática en la atención de los servicios de salud ha sido siempre un tema álgido de tocar debido a lo sensible del problema y que en nuestro país ha sido siempre motivo de quejas y discusiones, por lo tanto resulta importante poder evaluar la efectividad de un programa médico que busca disminuir los tiempos de espera para una atención, según (Siclován, 2018), el programa de atención domiciliaria resulta ser efectivo debido a que disminuye la tasa de hospitalización y reingresos en los centros de salud.

A lo largo de los años la población asegurada ha venido creciendo debido en parte al envejecimiento de nuestra población, según (Santa Cruz, 2017) el 53.3% de la población tuvieron entre 80 y 89 años y a la migración de provincia (Vínces, 2016), encontró que el 59,23% proviene de provincia, lo que conlleva a un crecimiento de la población que el programa de atención domiciliaria acoge, presentando un incremento considerable en el último año de estudio, lo que demanda un mayor número de profesionales e insumos para la atención.

En relación a las atenciones de medicina debemos mencionar que existe una gran demanda de médicos debido a que la media de las atenciones es de 90.1%, siendo el año 2015 es que presentó una menor eficiencia en el porcentaje de citas con el 88.4% siendo el más bajo del periodo de estudio, es por ende el servicio que requiere una vigilancia constante en cuanto al número de profesionales médicos hábiles en la atención, debido a que las vacaciones, enfermedades y otros factores más pueden influir de manera significativa en la disminución del proceso de atención, considerando que la mayoría de los pacientes del programa sufren de

patologías crónicas como la HTA en más del 67% (Vinces, 2016).

El punto más crítico se presenta en el caso las atenciones por las especialidades, debido a que en todos los años nunca paso la media de atención, encontrando porcentajes muy por debajo, que incluso en el año más bajo se presentó alrededor del 15% de diferencia de la media, si bien la falta de médicos especialistas es un problema que aqueja a la mayoría de servicios de salud, es importante señalar que el proceso de atención es domiciliario por lo que en ocasiones puede tomar más tiempo del requerido, en ese sentido es importante analizar el problemas más detenidamente a fin de poder buscar alternativas de solución e incrementar los índices de eficiencia en este servicio que en muchos casos es vital.

Dentro de las atenciones de enfermería es uno de los que más sobresale ya que en casi todos los años de estudio se pasó la media de atención, a pesar de ser un servicio que realiza básicamente procedimientos, como colocación de sondas o limpiezas de escaras, entre otras que toman tiempo de realizar, sin embargo la labor del personal de este servicio resulta por demás eficiente, lo que debería ser motivo de análisis debido a que si bien mantiene niveles óptimos de atención estos pueden estar supeditados a los materiales que se requieren para realizar estos procedimientos, por eso se requiere supervisar las necesidades que requieren las enfermeras para poder seguir cumpliendo con sus atenciones, (Collazos y Vásquez, 2016) demostraron que la percepción del paciente de las atenciones de enfermería favorable.

Con respecto a las atenciones que se realizan en el servicio de Psicología, observamos que en la mayoría de casos pasa la media, sin embargo, vemos una disminución en los dos últimos años de estudio por lo que es importante determinar las causas de este descenso, si bien la consulta psicológica no es igual a la de un médico, si es importante determinar que los tiempos para el proceso de esta atención ya fueron determinados, es además un indicar que se debe observar ya que como vemos día a día la población requiere de un mayor apoyo debido emocional debido a la naturaleza de los pacientes que se atienden en el programa, este problema

psicológico es de considerar debido a la alta dependencia de los pacientes (Gonzales y Rojas, 2014), encontraron que el 90% dependencia funcional y más del 33% dependencia total, por lo que el factor psicológico es básico para no entrar en procesos de depresión.

Lo que si resulta importante de destacar es el incremento en el porcentaje de eficiencia en el servicio de Nutrición debido a que desde la fecha de inicio del estudio se ha venido presentando un crecimiento sostenido, llegando a su más alto porcentaje en el año 2017 con el 87.8% de atenciones realizadas con respecto a las programadas, sin embargo aún falta mucho para llegar a los niveles óptimos ya que a pesar del crecimiento aun no llega a alcanzar la media, por lo que sería importante seguir apoyando a este servicio para que ese crecimiento se siga observando en los demás años.

Respecto al servicio de Laboratorio, este es uno de los más altos nivel de producción, superando en todos los años a la media de atención, llegando a su pico máximo en el año 2017 con el 96.2% de efectividad en el proceso de atención, algo digno de imitar, en ese sentido es preciso señalar que los exámenes de Laboratorio son procesados en el Laboratorio de la sede central, por el mismo personal que toma la muestra lo que facilita el manejo de las muestras por los pacientes, así mismo la presencia de la movilidad para su traslado facilita el acceso a los pacientes, por lo que se debería seguir imitando y apoyando para seguir manteniendo los altos porcentajes de efectividad del servicio, siendo el Laboratorio una de las unidades que genera mayores costos debido al desplazamiento constante del personal y del consumos de reactivos y depreciación de los equipos, sin embargo a pesar de todo esto (Gill et al., 2013), demostraron que los programas de atención domiciliaria generan una reducción significativa de más del 30% en los procesos de atención, debido a una recuperación más rápida, menos uso de los servicios de emergencia y hospitalización entre otros.

En relación a Radiología también es otro servicio que mantiene alto los nivel de porcentaje de efectividad, llegando a 96.3% en el año 2015, siendo el más alto de este servicio,

así mismo en todos los años de este estudio se encontró porcentajes por encima de la media, lo que habría que señalar es que el servicio de Radiología, por tener necesariamente que realizarse con equipos tienen que desplazarse en movilidad diaria, además existen equipos dentro de la sede central que permite poder atender a los pacientes que sí podrían desplazarse, incrementando así el número de atenciones, además que se le brinda una mayor oferta de atención al paciente del programa.

En relación al servicio de terapia, esta se consideró a los dos servicios de terapia que se brindan, como son la Terapia Física y Terapia de Lenguaje, los cuales en conjunto, han demostrado un rendimiento en la producción de manera ascendente, llegando a su máximo pico el año 2016 con un 96.1% de rendimiento, además es otro de los servicios que en todos los años ha presentado un nivel por encima de la media de atención, es de señalar que el servicio de Terapia realiza atenciones domiciliarias, sin el uso de equipos, por lo que su atención es muchas veces limitada por esta falencia, además no se cuenta con un centro de rehabilitación en la sede central, lo que impide poder brindar un mejor servicio a los pacientes asegurados, ya que el proceso de rehabilitación es parte importante de la autodependencia del paciente, (Mas et al, 2018) establecieron que en un grupo de paciente de la unidad geriátrica los pacientes que recibieron atenciones domiciliarias presentaron mejoría en sus problemas de salud a diferencia de aquellos que se encontraban hospitalizados, siendo la rehabilitación uno de los pilares en este proceso de recuperación. Al realizar el balance de los procesos de atención en cada año de estudio encontramos que siempre se han mantenido nivel estándares superando la media en los dos últimos años, lo que demuestra un avance, sin embargo esto refiere un mayor compromiso por parte de las autoridades, apoyando al personal, valorando el material humano ya que ese es el espíritu del servicio, donde los profesionales tiene que desplazarse hasta el mismo paciente realizando una atención personalizado en la comodidad del paciente, es importante destacar el compromiso de los profesionales que en muchos casos se exponen a los

peligros propios de una ciudad que se ha vuelto violenta, por eso es importante señalar el gran valor que tiene el programa y el hecho de poder contar con profesionales que incluso arriesgan su integridad en favor del paciente, es por eso que las autoridades deben realizar todas las medidas que ayuden al buen desempeño de los profesionales que integran este programa, en beneficio de los pacientes asegurados que se encuentran inscritos, lo que de acuerdo a los estudios realizados por (Leng et al. 2015), estos servicios de atención domiciliaria generará una serie de beneficios en la salud de los pacientes del programa, como disminución de las tasa de morbilidad asociada a estancia hospitalaria, y por ende mayores complicaciones en los estados de salud de los pacientes.

Además, debido a la naturaleza de las atenciones es importante destacar que en muchos casos las atenciones no se realizan por situaciones ajenas a los profesionales, como la ausencia del paciente, la falta de insumos médicos para los procedimientos, o la falta de mantenimiento de las movilidades o equipos que dificultan el traslado del personal, entre otras dificultades que se deben evaluar y prevenir para mejor el proceso de atención de los pacientes.

VI. CONCLUSIONES

- El rendimiento del proceso de gestión asistencial en el servicio de medicina se encuentra por encima de la media del proceso de atención en los 5 años de estudio.
- El rendimiento del proceso de gestión asistencial de las especialidades de medicina se encuentra por debajo de la media del proceso de atención en los 5 años de estudio.
- El rendimiento del proceso de gestión asistencial del servicio de Enfermería se encuentra por encima de la media del proceso de atención en los 5 años de estudio.
- El rendimiento del proceso de gestión asistencial del servicio de Psicología se encuentra por encima de la media del proceso de atención en los 5 años de estudio.
- El rendimiento del proceso de gestión asistencial del servicio de Nutrición se encuentra por debajo de la media del proceso de atención en los 5 años de estudio.
- El rendimiento del proceso de gestión asistencial del servicio de Laboratorio se encuentra por encima de la media del proceso de atención en los 5 años de estudio.
- El rendimiento del proceso de gestión asistencial del servicio de Radiología se encuentra por encima de la media del proceso de atención en los 5 años de estudio.
- El rendimiento del proceso de gestión asistencial del servicio de Terapia se encuentra por encima de la media del proceso de atención en los 5 años de estudio.
- El servicio de gestión asistencial del programa de atención domiciliaria PADOMI, presenta un porcentaje en promedio de 90.1% de pacientes atendidos en relación con los programados

VII. RECOMENDACIONES

- Se deben realizar supervisiones sobre los procesos de gestión asistencial del servicio de medicina para poder atender la demanda en caso de falta por enfermedad o renuncia.
- Se deben contratar más cantidad de especialista debido a que los actuales no llegan a cubrir la demanda de los pacientes del programa de atención domiciliaria.
- Se deben adquirir los insumos necesarios para que el personal de enfermería cumpla con sus atenciones.
- El personal de psicología requiere de espacios necesarios para poder realizar su labor más eficiente debido a la naturaleza de su atención.
- Se necesita mayor personal nutricionista ya que los que existen en la actualidad no se abastecen para la atención.
- Se requiere una movilidad especial para el personal de Laboratorio para que puedan realizar sus atenciones en el momento de la recolección.
- Para el proceso de gestión asistencial del servicio de Radiología se requieren de los equipos radiológicos por lo que se deben tener un plan de mantenimiento preventivo.
- El proceso de gestión asistencial del servicio de Terapia requiere de un plan de seguimiento ya que muchos pacientes requieren de equipos para los procesos de rehabilitación sin embargo al no contar con ello los pacientes no pueden cumplir con su rehabilitación.
- Se debe reforzar los procesos de gestión asistencial en los servicios de Nutrición y de las especialidades médicas.

VIII. REFERENCIAS

- Aguirre, J. Granadillo, B. y Lobo, O. (2009). Abordaje de atención médica domiciliaria al paciente terminal oncológico, barrio San José, Santa Ana de Coro. *Médico de Familia*. 17(2), 21-26
- Arnedo, C. (2006). Modelos de la organización de la atención domiciliaria. *JANO*, 1612, 47-48. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2050758>
- Azevedo, C., Campos, E., Ferreira, L., Machado, T., Graca, M. y Vaz, M. (2018) Método Jacobson y Truax: evaluación de la efectividad clínica de un programa de atención domiciliaria después de la prostatectomía. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26. http://old.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e3003.pdf
- Báscolo, E. (2010). Gobernanza de las organizaciones de salud basados en atención primaria de salud. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 8-27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642010000700002&script=sci_abstract&tlng=es
- Collazos, M. y Vásquez, Y. (2016). *Percepción de los cuidados de enfermería en los adultos mayores de Programa de Atención Domiciliaria del Centro de Atención Primaria III*. [Tesis de Pregrado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/2994/Collazos%20Villanueva%20-%20Vasquez%20Rodriguez%20.pdf?sequence=6&isAllowed=y>.
- Cruz, S., Molero, T., Nuñez, M., Panunzio, A., Parra, I, Sanchez, J. y Zambrano, M. (2010). Gestión de la calidad de atención en laboratorios clínicos de hospitales públicos en Maracaibo, Venezuela. *Revista de Salud Pública (Bogotá)*, 12(4), 658-668. <https://scielosp.org/article/rsap/2010.v12n4/658-668/>
- De la Revilla, L. y Espinoza, J. (2003). La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria*, 31(9), 587-91.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7681867/pdf/main.pdf>

Erazo, M., Reyes, A. y Salinas, H. (2004). Indicadores de Gestión de Servicios de Salud Públicos y Asignación de Recursos desde el Ministerio de Salud de Chile. *Revista Médica Chile*, 132(12), 1532-1542.

https://www.researchgate.net/publication/246811557_Indicadores_de_gestion_de_servicios_de_salud_publicos_y_asignacion_de_recursos_desde_el_Ministerio_de_Salud_de_Chile

Esteban, JM., Ramírez, D. y Sánchez, F. (2005). *Guía de Buena Práctica Clínica en Atención Primaria*. (1° ed.) International Marketing Communication.

<https://docplayer.es/5301647-Atencion-primaria-de-calidad-guia-de-buena-practica-clinica-en-atencion-domiciliaria.html>

EU population compared with other world regions. Europe in figures. (2008). Eurostat yearbook 2006-07. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-06-001-01/EN/KS-CD-06-001-01-EN.PDF.

Fuentes, R. y Verdessi, D. (1996) *La Reforma de la Salud en Chile, Caminos y Propuestas*. Documento de Estudio. Consultado en octubre 2011 de www.minsal.cl.

Gill L, Helman, A. y Janine, A. (2013). Evidencia de la rentabilidad a largo plazo de los programas de reajuste de atención domiciliaria. *Journal Clinical Interventions in Aging*, (8), 1273-1281 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3794867/>

Gómez, S., Inzitari, M., Mas, M., Santaegùenia, S. y Tarazona F. (2018). Eficacia de un programa de atención integrada de hospital en el hogar como recurso alternativo para la atención de crisis médicas en adultos mayores con enfermedades crónicas complejas. *JAMDA*. 19(10), 860-863. [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(18\)30333-5/pdf](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(18)30333-5/pdf)

Gonzales, D. Rojas K. (2014). *Nivel de sobrecarga del cuidador familiar con el grado de*

dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de atención domiciliar del Hospital I Essalud, Nuevo Chimbote. [Tesis de pregrado, Universidad del Santa]. Repositorio Institucional Digital UNS.
<http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/1896>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2007) *Perfil sociodemográfico de la tercera edad.* Lima Perú: Censos Nacionales.
http://www.cepal.org/deype/noticias/noticias/7/40337/d2_28Peru_INEI.pdf

Jones, J., Jagger, C., Parker, H., Spiers, N., Wilson, A. y Wynn, A. (1999). Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimization analysis of data from randomized controlled trial. *BMJ*, 319, 1547–1550.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28300/>

Kaplan, R. y Norton, D. (2004). *El Cuadro de Mando Integral, Balanced Scorecard.* Barcelona. (2° ed.) Gestión 2000.
http://aulavirtual.iberamericana.edu.co/recursosel/documentos_para-descarga/Cuadro%20de%20Mando%20Integral,%20da%20Edici%C3%B3n%20-%20Robert%20S.%20Kaplan%20&%20David%20P.%20Norton.pdf

Leng, L. et al, (2015). Efectividad de un programa de atención domiciliar de transición para reducir la utilización hospitalaria agud: un estudio cuasiexperimental. *BMC Health Serv Res.* 15: 100.

López, A. (1994). *Evoluciones demográficas: dimensiones éticas y pastorales.* Ciudad del Vaticano; Pontificio Consejo para la familia. Editrice vaticana.
<http://www.clerus.org/clerus/dati/2004-05/31-15/25031994.html>

Ministerio de Salud (2001). *Balance de Gestión Integral.* Servicios de Salud.
https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-3201_recurso_1.pdf

Motlis, J. (1985). *El dado de la vejez y sus seis caras. Cómo interpretar el acontecer del*

envejecimiento.

Madrid

Altalena.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=56831>

OMS. (1981). " Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2.000". Ginebra

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40739/9243800043_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial De La Salud. (2008). 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones. Ginebra: OMS. Report No.: wha61/2008/rec/3.

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf

Purizaca, J. (2018). *Atención Domiciliaria y Calidad de vida en Pacientes Oncológicos Terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2015*. [Tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/17588/Purizaca_AJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rothman, K. y Greenland, S. (2008) Modern Epidemiology. *Wolters Kluwer Health*, 3(6), 564

https://books.google.com.pe/books/about/Modern_Epidemiology.html?id=Z3vjT9ALxHUC&redir_esc=y

Santa Cruz, D. (2017). *Evaluación de la eficacia del programa de atención domiciliaria (PADOMI) en el Hospital I Naylamp ESSALUD, Chiclayo – 2016*. [Tesis de pregrado,

Universidad Tecnológica del Perú]. Repositorio Universidad Privada Telesup.

<https://repositorio.utesup.edu.pe/bitstream/UTELESUP/93/1/SANTA%20CRUZ%20CABANILLAS%20DANILO.pdf>

Siclovan, D. (2018). La efectividad de la atención médica domiciliaria para reducir los reingresos: una revisión integradora. *Health Care Services Quarterly*, 37(3), 187-210

Sociedad Española de Medicina Interna. (2011). Conferencia nacional para la atención al

paciente con enfermedades crónicas.

<https://www.fesemi.org/publicaciones/semi/consensos/documento-de-consenso-conferencia-nacional-para-la-atencion-al-paciente-con>

Vinces, R. (2016). *Características clínico-epidemiológicas de los pacientes de 100 a más años en el programa de atención domiciliaria ESSALUD 2015*. [Tesis de maestría, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2616/VINCES_RE.pdf;jsessionid=13C35C22DE0338E54C0B5ECAC1F1AAF0?sequence=1

IX. ANEXOS

ANEXO A

Ficha de Recolección de Datos

Evaluación de Indicadores de Gestión Asistencias de la Subgerencia de Atención**Domiciliaria De Essalud 2013.2017**

Mes:

Año:

DATOS DE PERSONAL ASISTENCIAL

Número de pacientes inscritos:

Número profesionales médicos:

Número de profesionales médicos de especialidad.....

Número de profesionales enfermeros.....

Número profesionales tecnólogos de laboratorio.....

Número profesionales tecnólogos de terapia:

Número profesionales tecnólogos de radiología:

Número profesionales nutricionistas:

Número profesionales psicología:

DATOS ASISTENCIALES

Número atenciones médicas programadas: realizadas:

Número de atenciones médicas de especialidad programadas..... realizadas.....

Número atenciones de enfermería programadas: realizadas:

Número atenciones de laboratorio programadas: realizadas:

Número atenciones de terapia programadas: realizadas:

Número atenciones de radiología programadas: realizadas:

Número atenciones de nutrición programadas: realizadas:

Número atenciones de psicología programadas: realizadas:

ANEXO B: Matriz De Consistencia

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLE	METODOLOGÍA
¿Cuál es la evaluación de los indicadores de gestión asistencial de la subgerencia de atención domiciliaria de Essalud en el periodo 2013 al 2017?	Evaluar los indicadores de gestión asistencial de la subgerencia de atención domiciliaria de Essalud durante el periodo 2013 al 2017	Por la naturaleza de la investigación, de tipo descriptiva no requerirá de un planteamiento hipotético, ya que carecen de validez para poder confirmar o rechazar una hipótesis, por lo que se les debería considerar como generadores de información para futuras investigaciones (Rothman K y Greenland S, 2008)	Variables dependientes: Evaluación de indicadores de gestión	DISEÑO No experimental, descriptivo.
PROBLEMA ESPECIFICO	OBJETIVO ESPECIFICO			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el número de pacientes pertenecientes al programa de atención domiciliaria? • ¿Cuál es el número de personal asistencial del programa de atención domiciliaria? • ¿Cuál es la eficacia de atenciones médicas realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria? • ¿Cuál es la eficacia de atenciones médicas de especialidad realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria? • ¿Cuál es la eficacia de atenciones de enfermería realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria? • ¿Cuál es la eficacia de atenciones de laboratorio realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria? • ¿Cuál es la eficacia de atenciones de imágenes realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria? • ¿Cuál es la eficacia de atenciones de terapia realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria? • ¿Cuál es la eficacia de atenciones de nutrición realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria? • ¿Cuál es la eficacia de atenciones de psicología realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria? 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer el número de pacientes pertenecientes al programa de atención domiciliaria. • Conocer el número de personal asistencial del programa de atención domiciliaria. • Determinar la eficacia de atenciones médicas realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria. • Determinar la eficacia de atenciones médicas de especialidad realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria. • Determinar la eficacia de atenciones de enfermería realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria. • Determinar la eficacia de atenciones de laboratorio realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria. • Determinar la eficacia de atenciones de imágenes realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria. • Determinar la eficacia de atenciones de terapia realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria. • Determinar la eficacia de atenciones de nutrición realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria. • Determinar la eficacia de atenciones de psicología realizadas a los pacientes del programa de atención domiciliaria. 			

ANEXO C: Juicio De Expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL**Escuela Universitaria de Posgrado**

Estimado juez experto (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación

Titulada:

.....

.....

.....

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación			
2. La estructura del instrumento es adecuada			
3. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable			
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento			
5. Los ítems son claros y entendibles			
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación			

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

Escuela Universitaria de Posgrado

Estimado juez experto (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación

Titulada:.....

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación			
2. La estructura del instrumento es adecuada			
3. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable			
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento			
5. Los ítems son claros y entendibles			
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación			

SUGERENCIAS:

.....

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

Valoración de evaluación de Juicio de Expertos

Datos de la clasificación:

CRITERIOS	JUECES			VALOR P
	J1	J2	J3	
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.				
La estructura del instrumento es adecuada				
Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable				
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento				
Los ítems son claros y entendibles				
El número de ítems es adecuado para su aplicación				
TOTAL				

1: de acuerdo 0: desacuerdo

PROCESAMIENTO:**b: Grado de concordancia significativa****Ta: N° total “de acuerdo” de jueces****Td: N° total de “desacuerdo” de jueces****Prueba de concordancia entre los jueces**

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

Ejem:

$$b = \frac{17}{17+4} \times 100 = 0,809 \quad \text{Excelente Validez}$$

Según Herrera

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

Conclusión de juicios de expertos:

.....