



UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN

TESIS

**EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN
DOMICILIARIA (PADOMI) EN EL HOSPITAL I NAYLAMP ESSALUD
CHICLAYO – 2016**

AUTOR:

Bach. SANTA CRUZ CABANILLAS, DANILO

ASESOR:

Mgtr. OLLAIS RIVERA, NESTOR

LIMA – PERU

2017

ASESOR DE TESIS

Mgr. NESTOR OLLAIS RIVERA.

JURADO EXAMINADOR

.....
Dra. GRISI BERNARDO SANTIAGO
PRESIDENTE

.....
Dr. FERNANDO LUIS TAM WONG
SECRETARIO

.....
Dr. EDMUNDO JOSE BARRANTES RIOS
VOCAL

DEDICATORIA

A mi querida hija Luz Eedita, quien me da fuerzas y a Dios por ser mi fortaleza, por acompañarme siempre todos los días e iluminarme en mi camino.

A mis padres y mi esposa por ser ellos quienes me apoyan día a día brindándome su comprensión y su apoyo económico para finalizar con éxito mi carrera profesional.

Por último, a todas aquellas personas que luchan y se esfuerzan por hacer sus sueños realidad, como Tú.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser quien me ayudó e iluminó a terminar este proyecto y darme la salud y fuerza de hacer este sueño realidad.

A mi asesor Mg. Ollais Rivera Néstor, quien de manera constante aportó sus conocimientos, consejos y recomendaciones para el buen desarrollo de mi tesis.

Al Director Médico del Hospital Naylamp, por permitir sacar la información necesaria desarrollar con satisfacción mi tesis.

RESUMEN

En el estudio realizado, denominado Evaluación de la eficacia del programa de atención domiciliaria (PADOMI) en el hospital I Naylamp Essalud, Chiclayo – 2016, se realizaron las pesquisas correspondientes, en nivel de investigación exploratorio y descriptivo, en el diseño de investigación no experimental. En el estudio se planteó la hipótesis de que El programa de atención domiciliaria (PADOMI) en el hospital I Naylamp EsSalud de Chiclayo no es eficaz y no está cumpliendo sus objetivos trazados, hipótesis comprobada con una encuesta realizada a una muestra de 231 sujetos, pensionistas mayores de 70 años que reciben la atención domiciliaria del programa Padomi, se rechaza la hipótesis principal y se acepta la hipótesis nula que menciona que la eficacia de la atención del PADOMI es eficaz, concluyendo que la eficacia del Programa de Visita Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud del Hospital I Naylamp de Chiclayo durante el año 2016 fue del 80 %. A un nivel de significancia de 0.05.

Palabras claves: Atención domiciliaria, eficacia, calidad de atención.

ABSTRACT

In the study carried out, called Evaluation of the effectiveness of the home care program (PADOMI) in the hospital I Naylamp Essalud, Chiclayo - 2016, corresponding research was carried out, at the level of exploratory and descriptive research, in the design of non-experimental research . The study hypothesized that The home care program (PADOMI) in the hospital I Naylamp EsSalud Chiclayo is not effective and is not meeting its objectives, a hypothesis verified with a survey of a sample of 231 subjects, pensioners The main hypothesis is rejected and the null hypothesis that mentions that the effectiveness of PADOMI care is effective, concluding that the effectiveness of the Home Visitation Program (PADOMI) of Es Health of the Hospital I Naylamp of Chiclayo during the year 2016 was 80%. At a significance level of 0.05.

Key words: Home care, efficacy, quality of care.

ÍNDICE

Asesor de Tesis	ii
Jurado Examinador	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Indice	viii
Introducción	10
CAPITULO I. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.1 Planteamiento del problema	12
1.2 Formulación del problema	16
1.2.1 Problema General	16
1.2.2 Problemas específicos	16
1.3 Justificación de la Investigación	17
1.4 Objetivos de la investigación	19
1.4.1 Objetivo general	19
1.4.2 Objetivos específicos	19
CAPITULO II. MARCO TEORICO	20
2.1 Antecedentes de la investigación	20
2.1.1 Antecedentes Nacionales	20
2.1.2 Antecedentes Internacionales	25
2.2 Bases teóricas de las variables	30
2.2.1 Descripción del Seguro Social de Salud – EsSalud	30
2.2.2 Programa de Atención Domiciliaria – PADOMI	33
2.2.2.1 ¿Qué es atención domiciliaria (PADOMI)?	34
2.2.2.2 ¿A quiénes está dirigido?	34
2.2.3 Las visitas y la atención domiciliaria	36
2.2.3.1 ¿Cuáles son los procesos de atención?	36
2.2.4 Eficacia en la promoción de la salud	41
2.2.5 Calidad del servicio médico	43
2.3 Definición de términos básicos	45

CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO	45
3.2 Variables de estudio	45
3.2.1 Definición conceptual	45
3.2.2 Definición operacional	45
3.3 Tipo y nivel investigación	46
3.3.1 Tipo de investigación	46
3.3.2 Nivel de la investigación	47
3.4 Diseño de la investigación	47
3.5 Población y Muestra	48
3.5.1 Población	48
3.5.2 Muestra	49
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	50
3.6.1 Técnicas de recolección de datos	50
3.6.2 Instrumentos de recolección de datos	51
3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	51
CAPITULO IV. RESULTADOS	53
4.1 Resultados	
4.1.1 Selección y Validación de Instrumentos	53
4.1.2 Resultados	54
4.1.3 Tratamiento Estadístico e Interpretación de Resultados	59
CAPITULO V. DISCUSION	60
5.1 Análisis de Discusión de Resultados	
CAPITULO VI. CONCLUSIONES	62
6.1 Conclusiones	62
CAPITULO VII. RECOMENDACIONES	63
7.1 Recomendaciones	63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	64
ANEXOS	70

Introducción

En tiempos de retos impredecibles para la salud, ya sea a causa del cambio climático, de nuevas enfermedades infecciosas o de la próxima bacteria que se haga resistente a los antibióticos, una tendencia es segura: el envejecimiento de la población se está acelerando en todo el mundo. Por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta más allá de los 60 años. Esto tiene profundas consecuencias para la salud y para los sistemas de salud, su personal y su presupuesto (OMS, 2015).

Las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que tendremos al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: nuestra salud. Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores serán mucho más negativas (OMS, 2015).

El presente trabajo se desarrolló aplicando los procedimientos del método científico, por lo cual los resultados obtenidos constituyen un aporte al conocimiento en esta área. Una organización eficiente debe tratar de lograr el cumplimiento de sus objetivos y por tanto de su Misión, pero si no se conoce en qué medida se está logrando, menos se puede actuar correctamente para reorientar las acciones y reconocer las fallas en los procesos, que impiden prestar un servicio de calidad. Dado que este trabajo se desarrollará en un Programa de EsSalud, cuya Misión enuncia: “En EsSalud, tenemos el compromiso de contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias peruanas, brindándoles servicios de Salud y las prestaciones económicas y sociales que están comprendidos dentro del régimen contributivo de la seguridad Social, basados en los principios de solidaridad equidad y universalidad para sus

asegurados ...”, la presente investigación pretende evaluar la eficacia del Programa de atención domiciliaria mediante la encuesta in situ a los adultos mayores accesitarios a al PADOMI. Los resultados del presente estudio serán proporcionados a la Sub-Gerencia del Programa de Atención Domiciliaria de EsSalud, para su mejoramiento.

Habiéndose comprobado que, en la percepción de los asegurados beneficiarios del PADOMI, que el mencionado programa si es eficaz, quedamos con la esperanza de haber contribuido a dicha demostración y que, así mismo el estudio sirva de referencia a autoridades e investigadores en la toma de decisiones futuras.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

En tiempos de retos impredecibles para la salud, ya sea a causa del cambio climático, de nuevas enfermedades infecciosas o de la próxima bacteria que se haga resistente a los antibióticos, una tendencia es segura: el envejecimiento de la población se está acelerando en todo el mundo. Por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta más allá de los 60 años. Esto tiene profundas consecuencias para la salud y para los sistemas de salud, su personal y su presupuesto (OMS, 2015).

Las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que tendremos al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: nuestra salud. Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores serán mucho más negativas (OMS, 2015).

El envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedad. Para la mayoría de las personas mayores, lo más importante es mantener la capacidad funcional. Los mayores costos para la sociedad no son los gastos que se hacen para promover esa capacidad funcional, sino los beneficios que podrían perderse si no realizamos las adaptaciones e inversiones apropiadas. El enfoque recomendado ante el envejecimiento de la población, que tiene en cuenta la sociedad e incluye el objetivo de construir un mundo favorable a las personas mayores, requiere transformar los sistemas de salud del modelo

curativo a la prestación de cuidados integrales, centrados en las necesidades de las personas mayores (OMS, 2015).

Por otro lado es necesario tener en cuenta que la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre el 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (OMS, 2015).

Según resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2014, el 39,4% de los adultos mayores sufren de hipertensión. El 27,2% de los adultos mayores que padecen diabetes no tiene tratamiento. El 17,9% de ellos fueron diagnosticados con cataratas. Según grupos de edad, el 33,1% tienen de 80 y más años, 24,8% de 75 a 79 años, 17,8% de 70 a 74 años. 12,9% de 65 a 69 años y 10,9% de 60 a 64 años de edad (INEI, 2016).

Si bien es cierto EsSalud viene tratando de implementar el PADOMI durante el 2013 con la adquisición de 26 unidades móviles logró realizar en ese año 1'138,868 atenciones y al mes de octubre de 2014, 895,733 atenciones. Desde ese año, se inició el servicio de entrega de medicamentos a domicilio en los distritos más alejados de Lima y actualmente se atiende a un promedio mensual de 4,177 pacientes (EsSalud, 2016). A la fecha se cuenta con un total de 63 unidades lo que aún es insuficiente y por ello se tiene la percepción de que el programa no cumple su cometido.

El programa de atención domiciliaria (PADOMI) es la 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. 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. Donde la familia cumple un rol complementario importante y responsable en el cuidado del paciente (EsSalud, 2016).

La población del programa de Atención Domiciliaria está integrada por personas adultas principalmente mayores de 70 años, pacientes con dependencia funcional temporal o permanente y pacientes con enfermedades terminales donde la Atención Domiciliaria le brinda el servicio de salud de mantenimiento en cuanto a las enfermedades preexistentes (EsSalud, 2016).

Ante esta situación, los requerimientos de los servicios sanitarios también se ven incrementados, tal como lo demuestran las estadísticas de EsSalud, institución que ha experimentado un progresivo aumento en la atención de las personas adultas mayores, llegando a un 13.2% del total de atenciones, un 26.4% de los egresos hospitalarios a nivel nacional y en 32.3% del total de egresos en Lima (EsSalud, 2016).

La palabra “eficacia” viene del Latín *efficere* que, a su vez, es derivado de *facere*, que significa “hacer o lograr”. El Diccionario de la Real Academia Española señala que “eficacia” significa “virtud, actividad, fuerza y poder para obrar”. María Moliner interpreta esa definición y sugiere que “eficacia” “se aplica a las cosas o personas que pueden producir el efecto o prestar el servicio a que están destinadas”. Los diccionarios del idioma inglés indican definiciones semejantes. Por ejemplo, el Webster’s International define eficacia (“*efficacy*”) como “el poder de producir los resultados esperados” (Mokate, 2011).

Aplicando estas definiciones a las políticas y programas sociales, la eficacia de una política o programa podría entenderse como el grado en que se alcanzan los objetivos propuestos. Un programa es eficaz si logra los objetivos para que se diseñara. Una organización eficaz cumple cabalmente la misión que le da razón de ser (ALARID, 2004).

Por lo tanto la eficacia es uno de los objetivos institucionales primordiales del programa de Visita Domiciliaria de EsSalud, sin embargo encontramos en el día a día que muchas de las atenciones no se dan o se proporciona de forma

incompleta o incorrectamente. El Hospital I Naylamp Chiclayo, brindó 139 mil 625 consultas externas, en el año 2015 y bajo las condiciones en las cuales opera es muy probable que el PADOMI no se esté desarrollando de manera adecuada y no sea eficaz.

La calidad de la atención sanitaria constituye uno de los objetivos institucionales primordiales de EsSalud, en el Programa de atención domiciliaria de EsSalud se desarrollan con ese fin una serie de actividades orientadas a medir la percepción del usuario y la calidad extrínseca, que es la relacionada directamente a logro de los resultados en la mejora del estado de salud de los pacientes.

En la región Lambayeque no se han realizado estudios para determinar la eficacia de este tipo de programas. Esta situación conllevó a propiciar el desarrollo de la presente investigación a fin de que los resultados que se puedan obtener sean aplicados como antecedentes para otra investigación y propicien el desarrollo de políticas de mejoramiento de este programa social si fuese necesario.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cómo es la eficacia del programa de atención domiciliaria (PADOMI) en el hospital I Naylamp EsSalud Chiclayo durante el 2016?

1.2.2 Problemas Específicas

- ¿Cómo es la eficacia, con respecto a la atención integral del paciente, del Programa de Visita Domiciliaria de EsSalud del Hospital I Naylamp Chiclayo durante el 2016?
- ¿Cómo es la eficacia, con respecto a la atención digna del paciente, del Programa de Visita Domiciliaria de EsSalud del Hospital I Naylamp Chiclayo durante 2016?
- ¿Cómo es la eficacia, con respecto al mejoramiento de la calidad de vida del paciente, del Programa de Visita Domiciliaria de EsSalud del Hospital I Naylamp Chiclayo durante 2016?

1.3 Justificación de la Investigación

El presente estudio se desarrollará aplicando los procedimientos del método científico, por lo cual los resultados obtenidos constituyen un aporte al conocimiento en esta área. Una organización eficiente debe tratar de lograr el cumplimiento de sus objetivos y por tanto de su Misión, pero si no se conoce en qué medida se está logrando, menos se puede actuar correctamente para reorientar las acciones y reconocer las fallas en los procesos, que impiden prestar un servicio de calidad. Dado que este trabajo se desarrollará en un Programa de EsSalud, cuya Misión enuncia: “En EsSalud, tenemos el compromiso de contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias peruanas, brindándoles servicios de Salud y las prestaciones económicas y sociales que están comprendidos dentro del régimen contributivo de la seguridad Social, basados en los principios de solidaridad equidad y universalidad para sus asegurados ...”, la presente investigación pretende evaluar la eficacia del Programa de atención domiciliaria mediante la encuesta in situ a los adultos mayores accesitarios a al PADOMI. Los resultados del presente estudio serán proporcionados a la Sub-Gerencia del Programa de Atención Domiciliaria de EsSalud, para su mejoramiento.

Este estudio que se desarrollará en un Programa de EsSalud, el de PADOMI, cuya Misión enuncia: “En EsSalud, tenemos el compromiso de contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias peruanas...”, el presente trabajo pretende describir el nivel de eficacia del PADOMI, esta información y las recomendaciones serán proporcionadas a la Sub-Gerencia del Programa De Atención Domiciliaria de EsSalud, para su utilización en el mejoramiento continuo de la calidad, considerando que en la actualidad no se utiliza esta herramienta de la calidad para el logro de su misión.

El presente estudio se orienta a proponer una estructura metodológica que sirva de guía en la investigación del problema a futuros investigadores, proporcionando los pasos metodológicos correspondientes, que en la percepción del investigador, resultan los más adecuados para identificar, describir y solucionar el problema de investigación.

La ley General de Salud 26842 establece que toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de salud, correspondan a las características, atributos indicados en su presentación. Así mismo tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud, cumplan los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales. EsSalud tiene como objetivos mejorar la calidad de los servicios de salud, ampliar la cobertura de la seguridad social, optimizar la gestión institucional y mejorar los niveles de satisfacción de los asegurados por ello la Gerencia Central de salud debe establecer un sistema de auditoría de las prestaciones asistenciales que se otorguen en los establecimientos de salud en EsSalud a fin de cumplir con las metas y objetivos propuestos.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Conocer la eficacia del Programa de Visita Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud del Hospital I Naylamp de Chiclayo – 2016.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar la eficacia del Programa de Visita Domiciliaria de EsSalud del Hospital I Naylamp Chiclayo durante el 2016 con respecto a la atención integral del paciente.
- Identificar la eficacia del Programa de Visita Domiciliaria de EsSalud del Hospital I Naylamp Chiclayo durante 2016 con respecto a la atención digna del paciente.
- Identificar la eficacia del Programa de Visita Domiciliaria de EsSalud del Hospital I Naylamp Chiclayo durante 2016 con respecto al mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Nacionales

Arguedas J., et al. (2015). Perú. Propuesta de mejora al proceso de planificación de medicamentos de Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de ESSALUD. La tesis describe el proceso actual de planificación de medicamentos de un programa asistencial de EsSalud denominado PADOMI; la población asegurada tiene una baja percepción del nivel de servicio en el sistema de salud pública en el País en las diferentes instancias asistenciales, médicas y de atención al paciente. Es importante tener en cuenta que la Seguridad Social del Perú se aplica a la población económicamente activa quienes acceden al derecho gratuito de recibir los servicios de atención especializada para la salud.

La mencionada tesis, está referida a la calidad de atención integral que el programa PADOMI le brinda a los pacientes, vale decir, en cuanto a la programación de las visitas, entrega de medicamentos en cantidad suficientes y de calidad, así como se refiere también a la atención digna del paciente, relacionada esta con el trato amable, esmerado y comprensible.

Unos de los factores relevantes que analizamos mediante la aplicación de encuestas y consultas a expertos del sector salud, es el desabastecimiento de medicamentos repetitivo cuya complejidad integral puede implicar una reingeniería completa de la estructura estatal; siendo una parte de la cadena de suministro en EsSalud nos enfocamos a establecer un modelo alternativo de planificación logística para el programa PADOMI que permita aplicar la mejora continua de procesos en conjunto con las asociaciones público

privadas . La propuesta de la tesis es en base a las herramientas de cadena de suministro, logística integrada, modelos de planificación de operaciones y pronósticos de demanda; mejorar la metodología actual de estimación de necesidades de medicamentos y la falta de visibilidad que tienen los usuarios en la cadena logística para disminuir la falta de previsión para contar con los medicamentos y a la vez evitar los excesos de inventario de materiales sin rotación, que contribuyan de esta manera a elevar el nivel de calidad en el servicio, aplicando la metodología de gestión de demanda colaborativa. A parte de contar con una nueva metodología y la propuesta de una herramienta informática, la interrelación de los integrantes de distintas áreas funcionales y la apertura al cambio son claves para romper los paradigmas de desconfianza de la información y la inercia de cumplimiento de funciones, siendo necesaria estrategias de capacitación sobre comunicación, reconocimiento del cumplimiento de metas y un liderazgo activo para el éxito de la propuesta.

Bautista, (2011). Perú. Realizó un Estudio de impacto de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas - AISPED en la Región Ayacucho en el cual estudia la estrategia de atención integral ante el problema de exclusión en salud de las poblaciones con difícil accesibilidad geográfica y en condiciones de pobreza y extrema pobreza. Dicha estrategia está orientada a cubrir las brechas de atención en salud a estas poblaciones, garantizándoles una atención de salud oportuna, integral y de calidad. Por ello, el objetivo principal de dicho estudio fue evaluar el impacto de la implementación de la estrategia de AISPED (Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas), sobre el acceso a los servicios de salud y el estado de salud de la población, en la Región Ayacucho. La investigación les permitió demostrar que la implementación de la estrategia AISPED, no ha logrado ampliar el acceso a los servicios de salud y mejorar el estado de salud de la población, debido a que los servicios de salud tienen limitaciones para brindar atención integral de salud, y a las barreras socioeconómicas y culturales de la población. La investigación se desarrolló en el ámbito de las siete Redes de Salud de la Dirección Regional de Salud Ayacucho, en los

Distritos con comunidades excluidas y dispersas. Los impactos fueron diversos, encontrándose los impactos positivos más importantes en los indicadores del acceso al control prenatal (incremento de 5,4%), acceso a la vacunación según calendario (3,8%), control de Crecimiento y Desarrollo según calendario (14,9%), y práctica de comportamientos saludables (8%); mientras que los impactos negativos se encontraron en los indicadores de planificación familiar (21,5%), tamizaje en salud mental (9,5%), la desnutrición crónica (2,2%) y la percepción sobre el estado de salud actual (37%), lo que determina que la implementación de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas - AISPED no ha logrado ampliar el acceso a los servicios de salud y mejorar el estado de salud de la población; siendo necesario reorientar el modelo de intervención de la Estrategia AISPED adecuada a la realidad regional y con el financiamiento que garantice la implementación de este modelo de forma continua y sostenible.

Arguedas, Jhair; Asalde, Carlos; Conde, Roberto y Douglas, Sandra (2015) "Propuesta de mejora al proceso de planificación de medicamentos de programa de atención domiciliaria (PADOMI) de EsSalud" Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima – Perú.

En este trabajo se llegó a las siguientes conclusiones, La Estimación de Necesidades y Programación de medicamentos y dispositivos médicos es un proceso clave cuya finalidad es mejorar la gestión de suministros de materiales de la institución de manera que se incorporen al modelo propuesto.

Un adecuado y oportuno abastecimiento de los medicamentos permitirá optimizar los recursos del Programa y cumplimiento de los objetivos.

La aplicación de una herramienta de gestión, que apoye la planificación de la cadena logística en EsSalud, permitirá aumentar el nivel de servicio por ende la satisfacción de los inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria. La aplicación de las herramientas a implementar se tienen que ver de una perspectiva integral, donde las diferentes áreas involucradas participen de forma activa en aplicar la información de manera estratégica. Con el modelo

propuesto se logrará reducir las posiciones de almacenamiento en la Farmacia de Padomi, lo que permite tener un mejor orden, limpieza y control, actualmente supervisado por las entidades regulatorias respecto a las buenas prácticas de almacenamiento. El uso de la herramienta permitirá el incremento de la rotación de inventarios del almacén de medicamentos, la disponibilidad de información a los usuarios, la correcta asignación de personal en apoyo de la gestión de almacenes y la gestión eficiente del inventario de medicamentos por la actual administración. La mencionada rotación de mercancías evitara reprocesos, el deterioro y pérdida de medicamentos. Esta mejora en la operatividad de almacenes evitara la responsabilidad social de EsSalud.

Tarco, D. (2003), en su trabajo “Auditoría médica y calidad de atención en el programa de atención domiciliaria ESSALUD. Año – 2003”, realizado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, tuvo como objetivos Determinar la calidad intrínseca del acto médico, mediante la auditoría médica de las historias clínicas de los pacientes del Programa de atención domiciliaria de EsSalud (PADOMI). Concluye:

La calidad de historias clínicas de PADOMI es regular, con un puntaje medio de 54.5.

Existe deficiencias en la historia clínica de primera visita médica, relacionadas principalmente a la anamnesis y al examen clínico que no se realizan completo, el tratamiento es insuficiente y/o excesivo así como la prescripción es incompleta en la mitad de pacientes.

La valoración física y mental según la escala de la Cruz Roja, útil para el diagnóstico, plan de trabajo y para el seguimiento de los pacientes, no es tomada en cuenta en el 89% de evoluciones médicas, por lo tanto no se puede evidenciar las variaciones en el estado de salud física y mental de los pacientes, ni medir el impacto sanitario de las intervenciones de PADOMI.

El Plan de trabajo de las atenciones médicas mensuales, es conforme sólo en 5% de pacientes y por tanto las prescripciones resultan inapropiadas y las evoluciones médicas desfavorables.

Michue-Bohórquez, Efrén; Arana-Maestre, Christian; Ortiz-Saavedra, Pedro; Chávez-Jimeno, Helver; Varela-Pinedo, Luis (2009) “Perfil clínico de los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliaria de Essalud en el sur de Lima Metropolitana”.

La presente investigación tuvo por **objeto** conocer el perfil del paciente que ingresa al Padomi enfocado en los aspectos epidemiológicos, clínicos (enfermedades más frecuentes, estado funcional, índice de comorbilidad, presencia de síndromes y problemas geriátricos) y sociales, dado que es una población de la cual no se tiene información actualizada en dichos aspectos.

El grupo de pacientes objetivo de la atención domiciliaria son aquellos que por motivos físicos o mentales no pueden acudir a los centros de salud, dentro de este grupo se incluyen a los ancianos que viven solos, los que presentan discapacidad avanzada, los que presentan problema social grave, los que salen de hospitalización reciente presentando discapacidad por ello y los enfermos con enfermedades terminales. Los pacientes de nuestro estudio corresponden en su mayoría al sexo femenino, mayores de 80 años, que fueron referidos al programa por enfermedades crónicas diversas principalmente cardiovasculares y enfermedades neurológicas (demencias), de manera muy similar a otras series presentadas anteriormente. Estos resultados nos muestran que la población del programa está compuesta principalmente por pacientes añosos con diversas patologías crónicas que correlacionan con el aumento de la esperanza de vida que se observa en la sociedad actual. El índice de Charlson predice la mortalidad a un año para un paciente con diversas condiciones mórbidas y se le asigna un puntaje según el riesgo de fallecer por dicha condición, a mayor puntaje mayor riesgo de morir. Las enfermedades de mayor puntaje son las neoplasias, el sida, la diabetes con complicaciones, las enfermedades renales o hepáticas avanzadas y la enfermedad cerebrovascular con hemiplejía. Aunque no se hizo exclusivamente para pacientes geriátricos es usado ampliamente en geriatría. En nuestra serie encontramos mayor riesgo de muerte y

comorbilidad en los varones que podría estar condicionado principalmente por la mayor presencia de ECV, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasias que las mujeres. Así mismo, esto correlaciona también con la mayor esperanza de vida que tienen las mujeres con respecto a los varones (Blanquer, 2000).

Según la evaluación social, la mayor proporción de pacientes correspondió a riesgo social alto/intermedio (60%) pero hay que resaltar que el 40% de los pacientes presentó riesgo bajo, a diferencia de otras series de pacientes en atención domiciliaria que reportaron mayor proporción de problema/ riesgo social que el encontrado por nosotros.(14,16) Esto podría deberse a que el nivel socioeconómico del paciente asegurado protegería para tener problemas sociales importantes, aunque estos resultados deberían corroborarse en estudios específicos.

En conclusión, los pacientes que ingresaron al programa de atención domiciliaria fueron en su mayoría mujeres, mayores de 80 años y que presentaron alta morbilidad motivo principal de su referencia al programa. Además, presentaron nivel funcional disminuido, problema social importante, deterioro cognitivo y síndromes-problemas geriátricos diversos.

2.1.2 Antecedentes Internacionales

Piñarte y Reinoso, (2014) “Atención domiciliaria en salud realizada por instituciones prestadoras de salud en la ciudad de Bogotá y su relación con la atención primaria en salud, año 2013”

El objetivo del trabajo de investigación fue Describir las características de la modalidad de Atención Médica en el Domicilio, los intereses que median su implementación y su relación con la Atención Primaria en Salud en Instituciones Prestadoras de Salud de la ciudad de Bogotá, año 2013.

Y se arribó a las siguientes conclusiones, La AMD tiene un efecto positivo en el estado de salud de las personas, especialmente cuando se desarrolla en conjunto con la APS, además puede considerarse que la atención brindada en un espacio diferente al consultorio médico puede permitir la interacción de la

familia y conocer el entorno social que influye en el estado salud-enfermedad de las personas.

Especialmente, en las IPS privadas se encuentra que los factores que dificultan la apropiación de los atributos de la APS, son el desconocimiento de los mismos; mientras que en las IPS públicas a pesar de sus lineamientos definidos basados en la estrategia de APS, se dificulta el componente de coordinación que está estrechamente ligado con la ineficiencia de los sistemas de información.

Las características encontradas en el desarrollo de la modalidad de AMD en las IPS privadas son heterogéneas, dado que la normativa que existe permite la libre observación de quienes operan esta modalidad, no se cuenta con lineamientos para el funcionamiento o prestación de este servicio en salud en el sector privado, lo que ha llevado que cada una de éstas IPS generen sus propios protocolos de atención de acuerdo a su libre interpretación, dando como resultado la baja integralidad en sus portafolios de servicios. Por otra parte, en las IPS públicas se encuentra una mayor homogeneidad en sus actividades dado que se rigen bajo los lineamientos establecidos por la SDS, así como las normas nacionales que apuntan a la apropiación de los atributos de la APS en esta modalidad.

Se identificó que las intencionalidades o intereses que las intencionalidades o intereses por los cuales se lleva a cabo la modalidad de AMD en las IPS privadas se relaciona con razones económicas, que favorecen principalmente a las IPS y EPS; y también razones de demanda del servicio por los usuarios de las EPS; mientras que en las IPS públicas los intereses apuntan a fomentar la garantía del derecho a la salud entendido este como el mejoramiento de la calidad de vida y el estado de salud de la población, promoviendo el ejercicio de la ciudadanía en salud, la corresponsabilidad individual, familiar y comunitaria así como la participación social. Se encontró que para el atributo de integralidad las IPS públicas dieron una mejor valoración a las preguntas relacionadas con la realización de servicios preventivos en la modalidad de AMD; por otra parte en cuanto al atributo de enfoque familiar, la principal diferencia encontrada se da por el desempeño bajo para las IPS privadas, teniendo en cuenta que las personas que acceden a esta modalidad son

atendidos en caso de una eventualidad en su estado de salud, de esta manera la atención es de carácter resolutivo y dirigida especialmente a la persona que ha solicitado la atención.

Espinel-Bermúdez, María Claudia y otros (2011) "Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios" Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud - Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Evaluar el impacto del programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (ADEC) comparado con la atención habitual (AH) a ancianos con dependencia funcional, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La edad promedio de los ancianos fue de 74 años (61/103) y 60% fueron mujeres. El principal diagnóstico fue enfermedad vascular cerebral (EVC) (30.77%). El grupo de ADEC mejoró la calidad de vida en la dimensión psicosocial [46.26 (\pm 13.85) comparado con 29.45 (\pm 16.48) vs. 47.03 (\pm 16.47) a 42.36 (\pm 16.35) $p < 0.05$ en grupo habitual]. No se presentaron diferencias en los reingresos ($p > 0.05$).

Llegaron a la siguiente conclusión, La introducción de modelos de atención domiciliaria representa una alternativa para la contención de servicios y para mejorar la red de apoyo en torno al anciano. Realizar estudios de costo efectividad probaría la pertinencia del programa dentro de las políticas públicas de atención a largo plazo.

Coloma, (2009). Ecuador. Determinó los Niveles de satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín y diseño de un Programa de Gestión de Calidad. Se aborda la satisfacción como medida de la calidad en el proceso de atención de los usuarios de los servicios de salud. Siendo la calidad un principio y un derecho, que en la actualidad no se ve correctamente aplicado en los centros hospitalarios el propósito de este trabajo es determinar los niveles de satisfacción de los usuarios del SUHCAM y los factores que intervienen en el mismo a través de su opinión y cuáles son sus expectativas para mejorar la asistencia

sanitaria.

La población en estudios son 732 usuarios del servicio de urgencias. Los resultados establecen los niveles de satisfacción de los usuarios del SUHCAM así: Satisfactorios 44%, Medianamente satisfactorios 46,67%, Insatisfactorios 11,33%. Se concluye que existen varios elementos que ocasionan un bajo nivel de satisfacción de los usuarios del SUHCAM, principalmente la falta de información, escasez de insumos médicos, tiempos de espera prolongados, mal trato a los usuarios, entre otros. Estos factores deben ser atendidos a corto y mediano plazo en busca de mejorar el proceso de atención. Para promover este cambio se proporciona el diseño de un Programa de Gestión de Calidad planteado como un documento marco para los servicios de urgencias de similares características que el HCAM.

Borràsa E., (2011). España. Evaluación de la efectividad de los programas de vacunación. Establece que las vacunas han contribuido enormemente a la reducción de la incidencia de muchas enfermedades transmisibles. La eficacia protectora de una vacuna se refiere a los efectos sanitarios de la vacuna aplicada en condiciones óptimas e ideales, mientras que la efectividad de un programa de vacunación evalúa los efectos sanitarios en los individuos vacunados, cuando las condiciones de aplicación son las habituales de la práctica clínica o de los programas de salud pública, distantes de las óptimas. La eficacia de la vacuna se estima en ensayos clínicos aleatorizados.

Por su parte, la efectividad puede estimarse mediante diversos tipos de estudios epidemiológicos: ensayos comunitarios aleatorizados, en los que se asigna aleatoriamente la vacuna objeto de estudio a un grupo como unidad de aleatorización y se compara la incidencia de la enfermedad en dicho grupo con la del otro grupo que no se ha vacunado; estudios de cohortes, tipo de estudio epidemiológico observacional en que se parte del antecedente de la vacunación en sujetos sanos vacunados (cohorte vacunada) y no vacunados (cohorte no vacunada), y se investiga la aparición

de la enfermedad en ambos grupos; y estudios de casos y controles, también observacionales, en los cuales se seleccionan dos grupos, uno con presencia (casos) y otro con ausencia (controles) de la enfermedad que se desea prevenir, y se retrocede al pasado en busca de los antecedentes de vacunación en ambos grupos. También puede estimarse comparando las tasas de ataque en los brotes epidémicos, o las tasas de ataque secundario en el ámbito familiar, o mediante el método de cribado.

Brotons, C. (2013). España. Evaluación de la eficacia de un programa integral de prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular en atención primaria: estudio PREseAP. Tuvo como objetivo evaluar la eficacia de un programa integral de prevención secundaria para reducir la morbimortalidad en los pacientes que han tenido una enfermedad cardiovascular, controlar los factores de riesgo y el cumplimiento de la medicación profiláctica para prevenir recurrencias y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Diseño. Ensayo clínico aleatorizado por clusters, abierto, pragmático, en atención primaria.

Un total de 42 centros de salud de 8 comunidades autónomas del Estado español. Participantes. Varones y mujeres hasta 85 años de edad, diagnosticados de enfermedad coronaria y/o accidente cerebrovascular y/o enfermedad vascular periférica en el último año, y que no presenten una enfermedad grave o terminal. Intervención. Se aleatorizarán los centros de salud para seguir la atención habitual en los pacientes diagnosticados de enfermedad cardiovascular (grupo control) o para implantar un programa integral de prevención secundaria (grupo intervención). Mediciones principales. Acontecimientos letales atribuibles a enfermedad cardiovascular, acontecimientos no letales atribuibles a enfermedad cardiovascular, acontecimientos letales por cualquier causa y calidad de vida relacionada con la salud.

2.2 Base Teórica de las Variables

2.2.1. Descripción del Seguro Social de Salud – EsSalud:

El Seguro Social de Salud, EsSalud, es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Ministerio del Trabajo y Promoción Social. EsSalud tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos. Cuenta con una población activa de 10´593,752 asegurados, al mes de junio del año 2015.

Cuenta con 391 centros asistenciales de oferta propia (establecimientos de salud, institutos y centros especializados); 15 centros asistenciales de oferta extra institucional; que son las unidades básicas de atención primaria como IPRESS (Instituciones prestadoras de salud) y APP – (asociaciones pública privada).

Es necesario tener en cuenta que la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre el 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (OMS, 2015).

Ante esta situación, los requerimientos de los servicios sanitarios también se ven incrementados, tal como lo demuestran las estadísticas de EsSalud, institución que ha experimentado un progresivo aumento en la atención de las personas adultas mayores, llegando a un 13.2% del total de atenciones, un 26.4% de los egresos hospitalarios a nivel nacional y en 32.3% del total de egresos en Lima (EsSalud, 2016).

Si bien es cierto EsSalud viene tratando de implementar el PADOMI durante

el 2013 con la adquisición de 26 unidades móviles logró realizar en ese año 1'138,868 atenciones y al mes de octubre de 2014, 895,733 atenciones. Desde ese año, se inició el servicio de entrega de medicamentos a domicilio en los distritos más alejados de Lima y actualmente se atiende a un promedio mensual de 4,177 pacientes (EsSalud, 2016). A la fecha se cuenta con un total de 63 unidades lo que aún es insuficiente y por ello se tiene la percepción de que el programa no cumple su cometido.

La calidad de la atención sanitaria constituye uno de los objetivos institucionales primordiales de EsSalud, en el Programa de atención domiciliaria de EsSalud se desarrollan con ese fin una serie de actividades orientadas a medir la percepción del usuario y la calidad extrínseca, que es la relacionada directamente a logro de los resultados en la mejora del estado de salud de los pacientes.

En la región Lambayeque no se han realizado estudios para determinar la eficacia de este tipo de programas. Esta situación conllevó a propiciar el desarrollo de la presente investigación a fin de que los resultados que se puedan obtener sean aplicados como antecedentes para otra investigación y propicien el desarrollo de políticas de mejoramiento de este programa social si fuese necesario.

El programa de Oferta Flexible, se denomina así a los servicios o programas especiales y específicos que ofrece EsSalud con la finalidad de complementar las prestaciones de salud que se brindan en los centros asistenciales.

Dichos programas están a cargo de la Gerencia de Oferta Flexible y comprende los siguientes servicios:

- Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI).
- Hospital Perú, que se activa como campañas itinerantes para casos verano en las playas, cruzada de vacunación, desastres naturales, y otros.
- Hospital en Casa, son campañas especiales temporales.
- Programa de Desembalse Especializado (PDE), igual al caso anterior.

- Programa de Atención a Empresas, unidades específicas por sector empresarial públicos.
- Sistema de Transporte Asistido de Emergencia – STAE, que conforma la red de ambulancias de EsSalud a nivel nacional.

Programa de oferta flexible de EsSalud



Fuente: Página Oficial de EsSalud

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) del año 2014, el 39,1% de los hogares lo integra algún adulto mayor de 60 y más años de edad. Cabe precisar que en el año 2014, la proporción de adultos mayores que tenían seguro de salud representó el 75,5% a nivel nacional. Según el tipo de Seguro de Salud, al segundo trimestre de 2015, el 38,5% de los adultos mayores cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS), 34,7% están afiliados a EsSalud y 4,2% a otro tipo de seguro de salud (INEI, 2016).

Según resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2014, el 39,4% de los adultos mayores sufren de hipertensión. El 27,2% de los adultos mayores que padecen diabetes no tiene tratamiento. El 17,9% de ellos fueron diagnosticados con cataratas. Según grupos de edad, el 33,1% tienen de 80 y más años, 24,8% de 75 a 79 años, 17,8% de 70 a 74 años. 12,9% de 65 a 69 años y 10,9% de 60 a 64 años de edad (INEI, 2016).

2.2.2. Programa de Atención Domiciliaria – PADOMI

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable, en el cual el individuo está inexorablemente asociado a su ambiente. El aumento de la esperanza de vida experimentada en los últimos años debido a las mejoras de las condiciones higiénico-sanitarias y al desarrollo económico y social ha dado lugar a un envejecimiento progresivo de la población, llevando como consecuencia a nuevas situaciones a nivel asistencial tanto sanitario como social.(2) Dicha situación sumada al cambio epidemiológico, en el cual de manera creciente prevalecerán las enfermedades crónicas degenerativas, se traducirá en el futuro inmediato en un aumento y en un cambio sustancial del perfil de la demanda de servicios.

Esta realidad conlleva la necesidad de dar respuestas eficientes desde los

sistemas de salud a los principales problemas de salud de la población, especialmente a los grupos más vulnerables como son los adultos mayores y, más aun, al anciano frágil con alta comorbilidad. El objetivo principal de la geriatría es el de optimizar el estado de salud de la persona adulta mayor previniendo y superando la pérdida de su autonomía con el fin de brindarle calidad de vida, siendo el domicilio un lugar estratégico para ofrecer prevención, cuidados y atención sociosanitaria para muchos adultos mayores.

Se define como atención domiciliaria a aquellos cuidados de salud integrales proporcionados en el domicilio a pacientes adultos mayores discapacitados y a sus familias con el propósito de promover o mantener la salud, o minimizar el efecto de la enfermedad y la discapacidad.

2.2.2.1 ¿Qué es atención domiciliaria (PADOMI)?

PADOMI es la 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 (Pag. Oficial de EsSalud).

2.2.2.2 ¿A quiénes está dirigido?

Atención Domiciliaria está dirigida 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. (Pag. Oficial de EsSalud).

La valoración geriátrica en la atención domiciliaria contribuye a dar respuesta a necesidades no cubiertas y a poner de manifiesto discapacidades no reconocidas.

Los pacientes más beneficiados de las visitas domiciliarias son los pacientes frágiles y de alto riesgo; especialmente los recientemente hospitalizados o los que eran considerados candidatos a cuidados de larga duración.

La importancia de la atención domiciliaria como parte del sistema estructurado de niveles asistenciales para la atención en geriatría radica en el hecho de ofrecer continuidad de los cuidados a los pacientes geriátricos con discapacidad aguda o crónica que lo requieran:

El Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud es el sistema integral de atención sanitaria en el hogar dirigida a los pacientes asegurados que por alguna discapacidad no puedan acudir al centro asistencial para el manejo y control de sus problemas de salud.

Como parte de EsSalud, el programa brinda servicios domiciliarios que incluyen visitas médicas, enfermería, terapia física, servicio social, psicología, atención de urgencias, hospitalización en casa, laboratorio y farmacia. La población que recibe atención por el programa está compuesta mayoritariamente por adultos mayores con alguna discapacidad, con enfermedades en estadio avanzado o terminales y post-hospitalizados:

Es un servicio especial que ofrece EsSalud a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales, llevando la asistencia médica hasta sus domicilios. De esta manera, se contribuye a mejorar su salud y calidad de vida, contando para ello con la participación de la familia. Esta atención preferencial también fomenta el auto cuidado del paciente y la prevención de enfermedades. Los principales requisitos que deben cumplir los usuarios de este servicio son:

- Pacientes con incapacidad severa o absoluta de locomoción.

- Pacientes geriátricos, mayores de 70 años.
- Paciente en estado terminal con posibilidad de manejo domiciliario.
- Paciente adulto mayor frágil.
- Paciente adulto mayor con enfermedades crónicas e incapacitantes.

Este programa funciona en Lima y en la mayoría de las redes asistenciales de EsSalud, pero no en todas las ciudades del país. Para el ingreso del paciente al PADOMI, el paciente debe acudir a su centro asistencial donde será evaluado por un médico, quien luego, de ser necesario, lo referirá al programa PADOMI. Para ello, debe tomar en cuenta que en la Hoja de Referencia se especifique el diagnóstico que causa su incapacidad para desplazarse, la medicación que recibe y si requiere de otros cuidados (curaciones, terapia física).

La Hoja de Referencia del paciente es revisada y evaluada por el servicio de Atención Domiciliaria y, una vez aceptada, la persona (familiar) encargada del cuidado del paciente deberá firmar un Documento de Compromiso y asistir al Curso “Sensibilización Familiar e Información para Integrarse al Sistema de Prestaciones de Atención Domiciliaria”.

2.2.3. Las visitas y la atención domiciliaria

2.2.3.1 ¿Cuáles son los procesos de atención?

Ingreso del paciente a Atención Domiciliaria

El paciente para ingresar a Atención Domiciliaria debe acudir a su centro asistencial, allí será evaluado por un médico quien hace el documento de referencia a Atención Domiciliaria.

En la Hoja de referencia se consignará el diagnóstico, medicación que recibe, resultados de últimos exámenes médicos realizados, dirección, teléfono y otros datos del paciente.

La familia se compromete a brindar los cuidados necesarios para el buen tratamiento del paciente.

Evaluación de la Hoja de Referencia por Atención Domiciliaria

La Hoja de Referencia es revisada y evaluada por la oficina de referencias y contrarreferencias de atención domiciliaria, una vez aceptada ésta, la persona encargada del cuidado del paciente deberá firmar un documento de compromiso, adjuntar copia de DNI del paciente, copia de DNI del responsable del paciente, croquis del lugar de residencia del paciente y es indispensable asistir al Curso de inducción para familiares y cuidadores.

Curso de Inducción

Este curso está dirigido a familiares y cuidadores de pacientes que ingresan a Atención Domiciliaria. Se desarrolla con la finalidad de capacitarlos en las técnicas del cuidado del paciente, este Curso Taller se denomina: “Cuidando a mi adulto mayor enfermo en casa” y refuerza la triada paciente, familia y profesional de la salud.

Primera Visita

Se realiza dentro de los primeros 10 días hábiles de inscrito el paciente. En esta visita se efectúa una valoración integral del paciente para detectar y cuantificar sus problemas clínicos, funcionales, mentales y sociales.

Asignación del Médico de Cabecera

A todo paciente que ingresa a atención Domiciliaria se le asigna un médico de cabecera, quien se encargará de brindarle una atención personalizada y continuada al paciente.

Programación de Visitas

Producto de la valoración integral al paciente se elabora un Plan de Trabajo interdisciplinario que incluye las visitas a cargo de profesionales de la salud como: Médicos, Enfermería, Terapia Física y Rehabilitación, Psicología, Servicio Social.

Servicio de Ayuda al Diagnóstico

Atención domiciliaria brinda los servicios de laboratorio, rayos X y electrocardiogramas a domicilio.

Las muestras de orina, heces o esputo solicitadas de acuerdo a la orden del médico tratante son recepcionadas en la oficina 322 del Complejo Arenales, ubicado en la cuadra 13 de la Av. Arenales, de lunes a sábado de 9:00 a.m. a 11:00 a.m.; los urocultivos de urgencia son recepcionados de lunes a sábado de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. y las muestras de sangre extraídas por urgencias son procesadas en 1 hora.

Farmacia

Nuestra farmacia se encuentra ubicada en la oficina 240 del Complejo Arenales de EsSalud.

El horario de atención es de Lunes a Viernes de 08:00 a.m. a 5:00 p.m. También atendemos los sábados de 8:00 a.m. a 2:00 p.m.

Es requisito traer el DNI y la última boleta de pago del paciente para recabar los medicamentos.

Las recetas expedidas por los médicos tienen vigencia de 72 horas.

Folleto Informativo, emitido en la página web oficial de EsSalud.

• SERVICIOS PADOMI:

1. Urgencias
2. Hospital en casa
3. Ayuda Diagnóstica: Laboratorio, Rayos X y Ecografía
4. Farmacia
5. Oxígeno terapia



En EsSalud te servimos con amor

• FARMACIA PADOMI

Ubicada en la oficina 240 del Complejo Arenales de EsSalud.

Horario de atención:
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Sábados de 8:00 a.m. a 2:00 p.m.

Requisitos:
DNI y la última boleta de pago del paciente para recabar los medicamentos.
Las recetas expedidas por los médicos tienen vigencia de 72 horas.

PADOMI

ATENCIÓN DOMICILIARIA

Av. Arenales 1302, Jesús María
Central telefónica: 470-7000

Si desea comunicarse con las siguientes áreas de PADOMI, marque los anexos:

• Médicos de Cabecera	2952 -2953-2982
• Médicos Especialistas	1517-2765-2767
• Servicio de Enfermería	2756
• Servicio de Terapia Física	2254
• Farmacia y Biomédicos	1512-2759
• Laboratorio	1507-1868-1869
• Oficina de Referencias y Contrareferencias	2764-2771-1508
• Servicio Social	2944
• Rayos X y Ergografías	1865-2758
• Dirección Atención No programada	2757
• Dirección Atención Programada	2755
• Subgerencia de Atención Domiciliaria	2768

www.essalud.gob.pe




Un servicio humano a los asegurados en cada visita

PADOMI

ATENCIÓN DOMICILIARIA



• ¿QUÉ ESPADOMI?

Es la atención preferencial que brinda EsSalud en el domicilio, a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales. El objetivo es mejorar su calidad de vida y ofrecerles una atención integral y digna.

• ¿QUIÉNES PUEDEN ATENDERSE EN PADOMI?

Las personas con dependencia funcional temporal o permanente y pacientes con enfermedades terminales, principalmente mayores de 70 años.

Las personas dependientes son aquellas que no pueden valerse por sí mismas y dependen de otra persona para realizar sus actividades de la vida diaria.

• REQUISITOS PARA INGRESAR A PADOMI

El paciente para ingresar a PADOMI debe acudir a su centro asistencial, para ser evaluado por un médico, quien elabora el documento de referencia a la Subgerencia de Atención Domiciliaria.

En la Hoja de Referencia se consignará el diagnóstico, medicación que recibe, resultados de últimos exámenes médicos realizados, dirección, teléfono y otros datos del paciente.

La Hoja de Referencia es revisada y evaluada por la Oficina de Referencias y Contra Referencias de la Subgerencia de Atención Domiciliaria.

Una vez aceptada la referencia, la persona encargada del cuidado del paciente deberá firmar un documento de compromiso y adjuntar:

- Copia de DNI del/la paciente.
- Copia de DNI del responsable del/la paciente.
- Copia de la boleta de pago del/la pensionista o titular (una de las tres últimas).
- Croquis del lugar de residencia del/la paciente.

• CURSO DE INDUCCIÓN

Este curso es indispensable para la atención del paciente. Está dirigido a familiares y cuidadores de pacientes que ingresan a PADOMI, con la finalidad de capacitarlos en las técnicas del cuidado del paciente.

El Curso Taller se denomina: "Cuidando a mi adulto mayor enfermo en casa" y refuerza la triada paciente, familia y profesional de la salud.



Primera visita

Se realiza dentro de los primeros 10 días hábiles de inscrito el paciente. En esta visita se efectúa una valoración integral para detectar y cuantificar sus problemas clínicos, funcionales, mentales y sociales.

Asignación del médico de cabecera

A todo paciente que ingresa a atención domiciliaria se le asigna un médico de cabecera, quien se encargará de brindarle una atención personalizada y continua.

Programación de visitas

Producto de la valoración integral al paciente se elabora un Plan de Trabajo interdisciplinario que incluye las visitas a cargo de profesionales de la salud en medicina, enfermería, terapia física y rehabilitación, psicología y servicio social.

Un servicio de atención médica basado en los principios del respeto y el valor por la dignidad humana

2.2.4. Eficacia en la promoción de la salud

La palabra “eficacia” viene del Latín *efficere* que, a su vez, es derivado de *facere*, que significa “hacer o lograr”. El Diccionario de la Real Academia Española señala que “eficacia” significa “virtud, actividad, fuerza y poder para obrar”. María Moliner interpreta esa definición y sugiere que “eficacia” “se aplica a las cosas o personas que pueden producir el efecto o prestar el servicio a que están destinadas”. Los diccionarios del idioma inglés indican definiciones semejantes. Por ejemplo, el Webster’s International define eficacia (“*efficacy*”) como “el poder de producir los resultados esperados” (Mokate, 2011).

Una promoción de la salud eficaz conduce a cambios en los determinantes de la salud. Estos determinantes de la salud incluyen aquellos que están bajo el control del individuo, como las conductas individuales orientadas a la salud y el uso de los servicios sanitarios y otros que están fuera del control de la persona e incluyen las condiciones sociales, económicas y del entorno, así como la prestación de servicios sanitarios. Tenemos entonces que las acciones que apoyan a las personas para que adopten y mantengan estilos de vida saludables, y que crean condiciones de vida (entornos) que apoyan la salud, constituyen elementos clave de una promoción de la salud eficaz.

Existen diferencias importantes de perspectiva y énfasis con respecto a aquello que representa el ‘éxito’ de un programa de promoción de la salud. Entre dichas perspectivas, podemos citar aquellas de: Los responsables de elaborar las políticas y los gestores de presupuestos, que deben tener la capacidad de juzgar el éxito (o posible éxito) de los programas, con el fin de adoptar decisiones relativas a cómo asignar recursos, y rendir cuentas de aquellas decisiones a la comunidad y a los representantes electos. Este éxito suele definirse en términos de la relación que existe entre la inversión y el logro de los resultados de salud a corto plazo.

La salud es un derecho de las personas garantizado por el estado, pero no se logra de manera simple y menos de forma espontánea, se debe trabajar y realizar programas y proyectos de distinto alcance y ámbito para lograrlo. En ese sentido, para administrar los servicios de salud es necesario e imprescindible la gestión de la calidad, que conjuntamente con otras herramientas permitirá obtener la eficiencia y eficacia de estos y la satisfacción en los usuarios a nivel individual y de forma global mejorar el estado de salud en la población.

En función de su importancia los servicios de salud deben ser administrados con eficiencia, eficacia y calidad para beneficio de los usuarios. La administración de los centros hospitalarios requiere el desarrollo de programas de gestión de la calidad con énfasis en la atención de urgencias que constituye una de las áreas más críticas de la institución, esto permitirá el fortalecimiento de la atención en salud y la satisfacción de las exigencias de un mundo globalizado y cambiante.

2.2.5 Calidad del servicio médico

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de los servicios de salud como: (www.who.int/es)

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Uso mínimo de riesgo para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción para el paciente.
- Impacto final en la salud.

Calidad y auditoría médica no son entidades distintas, las estrategias son coincidentes pues una buena información y análisis son aplicables para mejorar la calidad, más aun si consideramos que en la misión y visión de los servicios de salud, se enuncia claramente "...prestar servicios de salud, de calidad...", constituyéndose entonces la auditoría médica en una herramienta muy valiosa para valorar y controlar la calidad (Ortega, 1995).

La calidad se evalúa a través de tres grandes áreas: estructura, procesos y resultados, se puede aplicar la auditoría a cada uno de estos componentes, como propone Donavedian.

Para ello es muy importante la fuente de información, para el caso de la atención médica, una atención de calidad se va a reflejar en una correcta historia clínica, en los formatos correctos, con los datos necesarios, clara identificación del médico responsable, adecuado análisis del caso clínico y acciones pertinentes, y resultados eficaces, efectivas y oportunos.

2.3 Definición de Términos Básicos

Eficacia: Del latín eficacia, la eficacia es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción. No debe confundirse este concepto con el de eficiencia (del latín eficiencia), que se refiere al uso racional de los medios para alcanzar un objetivo predeterminado (es decir, cumplir un objetivo con el mínimo de recursos disponibles y tiempo).

Eficacia y eficiencia: forma ideal de cumplir con un objetivo o meta. No sólo se alcanzará el efecto deseado, sino que se habrá invertido la menor cantidad de recursos posibles para la consecución del logro.

PADOMI: Es el programa de atención preferencial que brinda EsSalud en el domicilio, a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales. El objetivo es mejorar su calidad de vida y ofrecerles una atención integral y digna.

Efecto: la palabra efecto presenta una amplia variedad de significados y usos, muchos de ellos vinculados a la experimentación de carácter científico. Su acepción principal presenta al efecto como a aquello que se consigue como consecuencia de una causa. El vínculo entre una causa y su efecto se conoce como causalidad. Para la física, un efecto constituye un fenómeno que se genera por una causa específica y que aparece acompañado de manifestaciones puntuales que pueden ser establecidas de forma cualitativa

y cuantitativa. El efecto es también la impresión que un acontecimiento o una circunstancia sorpresiva deja en el ánimo de las personas.

Acción: se refiere a dejar de tener un rol pasivo para pasar a hacer algo o bien a la consecuencia de esa actividad. Se trata también del efecto que un agente tiene sobre una determinada cosa, del desarrollo de un combate, una lucha o una pelea, de un conjunto de determinados movimientos y gestos o de una sucesión de hechos o circunstancias.

Eficiencia: La noción de eficiencia tiene su origen en el término latino eficiencia y refiere a la habilidad de contar con algo o alguien para obtener un resultado. El concepto también suele ser equiparado con el de fortaleza o el de acción. La eficiencia, por lo tanto, está vinculada a utilizar los medios disponibles de manera racional para llegar a una meta. Se trata de la capacidad de alcanzar un objetivo fijado con anterioridad en el menor tiempo posible y con el mínimo uso posible de los recursos, lo que supone una optimización.

Atención domiciliaria: Es el servicio que se realiza en el domicilio de la persona, con la finalidad de detectar, valorar, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud del paciente y su familia, potenciando su autonomía, reduciendo las crisis por descompensaciones y en general, mejorando la calidad de vida de las personas.

Hospitalización domiciliaria: Modelo asistencial, considerado extensión del cuidado humanizado a la persona, en la que se desarrollan un conjunto de actividades y cuidados prestados desde el hospital a los usuarios (previamente hospitalizados) en su domicilio; dirigido a un problema puntual.

Equipos de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas (AISPED): Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población con difícil acceso a los servicios de salud a través de Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (EQUIPOS AISPED).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Variables de Estudio

3.1.1 Definición Conceptual

La eficacia del programa de atención domiciliaria del PADOMI está definida como el cumplimiento de los objetivos del PADOMI que son el mejoramiento de la calidad de vida del paciente y su acceso a una atención integral y digna.

3.1.2 Definición Operacional

Variable	Dimensión	Indicadores	Instrumento de recogida de datos
Eficacia del programa de atención domiciliaria	Atención Integral	<p>La programación de la visita médica es adecuada.</p> <p>Visita médica realizada es completa.</p> <p>Recibe medicina adecuada y suficiente.</p> <p>Uso de tecnología médica adecuada.</p>	<p>Encuesta de satisfacción al adscrito al PADOMI</p> <p>Nº de usuarios PADOMI encuestados satisfechos x 100 sobre el Total de usuarios PADOMI encuestados</p>
	Atención Digna	<p>Atención cortés y con respeto.</p> <p>Atención esmerada.</p> <p>Se le da información adecuada y</p>	

		comprensible sobre su estado de salud.	
	Percepción de la Calidad de atención	Satisfacción con la atención recibida. La atención es oportuna. La tecnología médica utilizada es moderna.	

3.2. Tipo y Nivel de la Investigación

3.2.1 Tipo de la Investigación

El tipo de la investigación se enmarca dentro de la investigación pura la cual Sánchez Carlessi (1998:13), sostiene que la investigación pura o básica nos lleva a la búsqueda de nuevos conocimientos y campos de investigación, no tiene objetivos prácticos específicos. Mantiene como propósito recoger información de la realidad para poner en evidencia las características de la variable estudiada y enriquecer el conocimiento científico, orientándonos al descubrimiento de principios y leyes.

Por otro lado, según su carácter, Sierra Bravo (1996) la investigación es cuantitativa, ya que es el que centra de manera predominante la investigación social en los aspectos objetivos y susceptibles de cuantificación de los fenómenos sociales.

Por otro lado identifica la investigación transversal en la que los datos son recogidos en un solo acto, para ser agrupados y procesados estadísticamente, y por las características de la muestra, es representativa y por lo tanto deducible a la condición total de la población.

3.2.2 Nivel de la Investigación

El nivel de la investigación de Investigación por su propósito sería Descriptiva, la misma que Sánchez (1998) define como aquella que tienen por objeto central la medición precisa de una o más variables dependientes, en una población definida o en una muestra de una población.

Como se aprecia, estas investigaciones orientadas al conocimiento de una realidad en una situación espacio-temporal dadas, es decir, cómo es el fenómeno X, cuáles son sus características, etc.

Así mismo, apunta a la explicación de los datos medidos y descritos, a fin de dar sentido lógico científico de los resultados.

3.3 Diseño de la Investigación

El diseño de investigación del presente estudio se enmarca dentro del diseño no experimental, del tipo Transeccional descriptivo-explicativo. Carrasco Díaz (2006), define a los tipos de diseño no experimentales es la siguiente, "Son aquellos cuyas variables independientes carecen de manipulación intencional, y no poseen grupo de control, ni mucho menos experimental. Analizan y estudian los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia.

$$m = x \text{ ——— } O1$$

De donde:

m = Muestra

X = Variable de estudio - Eficacia del Padomi

O1 = Observación de la variable de estudio

3.4 Población y Muestra

3.4.1 Población

La población es un conjunto de individuos de la misma clase, limitada por el estudio. Según Tamayo y Tamayo, (2003), “La población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población posee una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación”.

En el caso específico del presente proyecto de investigación, la población estará constituida por todos los pacientes usuarios del servicio de atención domiciliaria (PADOMI) de EsSalud, del hospital Naylamp de Chiclayo, cuyo número asciende a 575 pacientes, Independientemente del nivel de dependencia, para ello se tendrá en cuenta los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes mayores de 70 años que forman parte del programa en nivel I, II, III y IV de dependencia, del Hospital I Naylamp, Chiclayo.
- Buen estado de lucidez, orientación y estado de conciencia.
- Pacientes que se encuentren dentro del cercado de Chiclayo.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que no se encuentren orientados en tiempo espacio y persona.
- Pacientes que no se encuentren dentro del cercado de Chiclayo.

3.4.2 Muestra

Salcedo (1990), dice que “el muestreo es un sub-conjunto de unidades o elementos de una población, tomados de tal manera que los resultados obtenidos en su estudio se puedan generalizar a la población de la cual se extrajo”.

Así mismo debemos mencionar que nuestra muestra es de tipo probabilística, puesto que todos los integrantes de la población tendrán la misma probabilidad de formar parte de la misma; y calculado el tamaño de la muestra, esta se elegirá mediante el tipo de muestreo aleatorio simple.

Finalmente para el cálculo de la muestra se hará uso de la siguiente fórmula de cálculo muestral, que describimos a continuación:

Tamaño de la muestra:

Calculado con la fórmula para poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{(N - 1) * e^2 + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2(575)(0.5)(0.5)}{(575 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{552.23}{1.32}$$

$$n = 418 \text{ pacientes}$$

Para el ajuste de la muestra empleamos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n = \frac{418}{1 + \frac{418}{575}}$$

$$n = 243$$

Donde:

Z= Nivel de confianza de 95% (1,96)

n= Tamaño de muestra

P= Probabilidad de éxito: 0.5

Q= Probabilidad de fracaso: 0.5

N= Tamaño de la población = 575

e= Error permisible: 0.05

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Técnicas de recolección de datos

La Técnica comprende los pasos para recaudar datos, los procedimientos, son las distintas formas o maneras de obtener la información.

El presente estudio de investigación utiliza la técnica de la encuesta para recoger información escrita sobre el tema de investigación, específicamente sobre el nivel de eficacia del servicio de atención domiciliaria del EsSalud en su sede de Chiclayo.

La encuesta es un son un conjunto de procedimientos estructurados específicamente para recoger información de manera precisa y ordenada fin que sus resultados se puedan ordenar, agrupar y procesar estadísticamente.

3.5.2 Instrumento de Recolección de datos

Los instrumentos son las herramientas que se manipulan para obtener información y para llevar a cabo las observaciones de una investigación o estudio determinado. Conforme a lo que se desea estudiar o investigar, la característica a observar, sus propiedades y factores relacionados con aspectos naturales, económicos, políticos, sociales, etc., cuando se selecciona uno de estos instrumentos. En otras palabras, estos son los que permiten efectuar observaciones y recoger la información, de uno u otro fenómeno, en una forma más despejada y precisa. Son los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información.

En este caso se elaboró un cuestionario que permita recoger la percepción que los asegurados que usan el servicio de Padomi, tienen sobre la eficacia del mencionado servicio.

3.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los datos de los instrumentos aplicados serán presentados en cuadros de distribución de frecuencias de donde se obtendrán las medidas de concentración y dispersión y la prueba de hipótesis, para ello se hará uso de la estadística descriptiva y también la estadística inferencial.

Estadística Descriptiva: procedimientos empleados para organizar y resumir conjuntos de observaciones en forma cuantitativa. El resumen nos permitirá realizar el trabajo mediante tablas, gráficos o valores numéricos. Los conjuntos de datos que contienen observaciones de más de una variable permiten estudiar la relación o asociación que existe entre ellas.

Estadística Inferencial: métodos empleados para inferir algo acerca de una población basándose en los datos obtenidos a partir de una muestra. Los datos estadísticos son cálculos aritméticos realizados sobre los valores obtenidos en una porción de la población, seleccionada según criterios rigurosos.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 14.0 para la evaluación descriptiva y analítica de la variable. Dicha variable cuantitativa será analizada con medidas de tendencia central: media, desviación estándar, rangos, así mismo diferencia de medias mediante la prueba t de student para la prueba de hipótesis.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Selección y Validación de Instrumentos

El instrumento de evaluación utilizado en la investigación fue validado mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach.

La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988). Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

- Coeficiente alfa $>.9$ es excelente
- Coeficiente alfa $>.8$ es bueno
- Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable
- Coeficiente alfa $>.5$ es pobre
- Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable

4.1.2 Resultados

El estudio titulado evaluación de la eficacia del programa de atención domiciliaria (PADOMI) en el Hospital I Naylamp EsSalud Chiclayo – 2016 para el cual se aplicó una encuesta a 243 usuarios de dicho programa cuyos resultados obtenidos se presentan en las siguientes tablas y figuras.

Se recoge información a un número de muestra superior al indicado por la fórmula del cálculo de la muestra, por efecto que en el proceso de la recogida de datos pudimos acceder a esa cantidad y en el entendido que un número mayor de la muestra lo altera negativamente el nivel de confianza, se procedió a trabajar con esa cantidad.

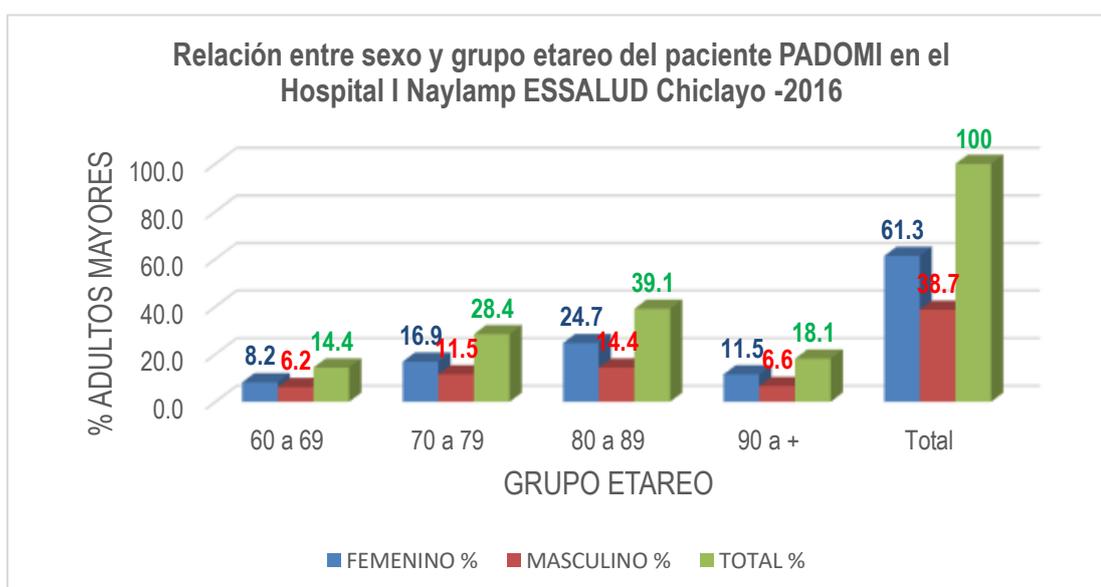
Los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento de evaluación a la población adscrita al Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI/ESSALUD) en el Hospital I Naylamp EsSalud Chiclayo – 2016. Fueron de la siguiente forma, del total de la muestra se detalla en la Tabla 1, con un 53,3% de adultos mayores en el rango de 80 a 89 años, siendo la característica principal el sexo femenino con un 39,4% frente a un 13,8% del sexo masculino.

Tabla 1. Relación de sexo y grupo etareo del Adulto Mayor PADOMI en el Hospital I Naylamp EsSalud Chiclayo – 2016

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
60 a 69	20	8.2	15	6.2	35	14.4
70 a 79	41	16.9	28	11.5	69	28.4
80 a 89	60	24.7	35	14.4	95	39.1
90 a +	28	11.5	16	6.6	44	18.1
Total	149	61.3	94	38.7	243	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1. Relación de sexo y grupo etareo del Adulto Mayor del PADOMI en el Hospital I Naylamp EsSalud Chiclayo – 2016.



Fuente: Elaboración propia.

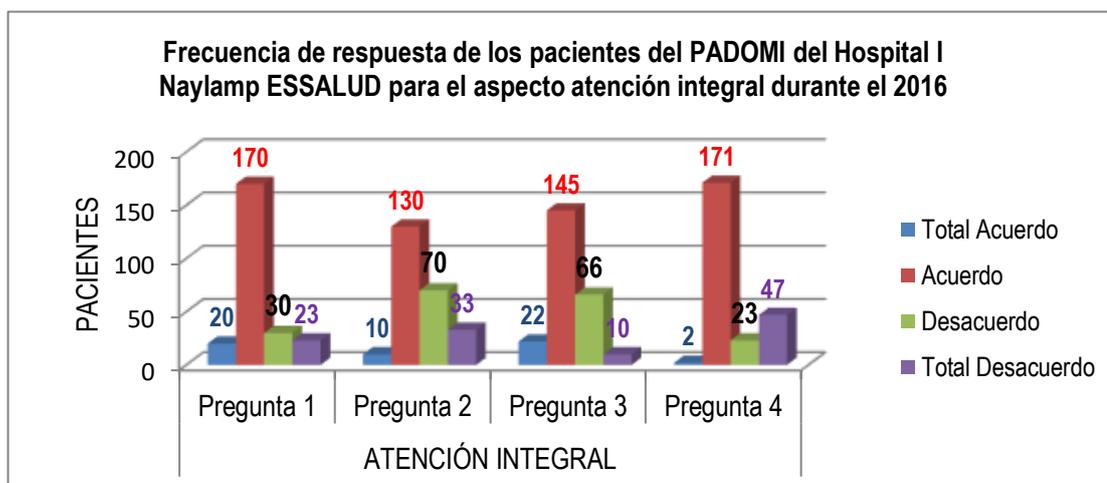
En el gráfico se observa que de los 243 (100%) pacientes accesitarios del PADOMI en el hospital I Naylamp de ESSALUD durante el 2016 el 61.3 % de pacientes fueron del sexo femenino y el 38.7% fueron pacientes del sexo masculino.

Tabla 2. Frecuencia de respuesta de los pacientes del PADOMI en el Hospital I Naylamp de ESSALUD a los indicadores del aspecto ATENCIÓN INTEGRAL.

ALTERNATIVAS	ATENCIÓN INTEGRAL				
	Pregunta	Pregunta	Pregunta	Pregunta	PROMEDIO
	1	2	3	4	
Total Acuerdo	20	10	22	2	13.5
Acuerdo	170	130	145	171	154
Desacuerdo	30	70	66	23	47.25
Total Desacuerdo	23	33	10	47	28.25
TOTAL	243	243	243	243	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Frecuencia de respuesta de los pacientes del PADOMI en el Hospital I Naylamp de ESSALUD a los indicadores del aspecto ATENCIÓN INTEGRAL



Fuente: Elaboración propia

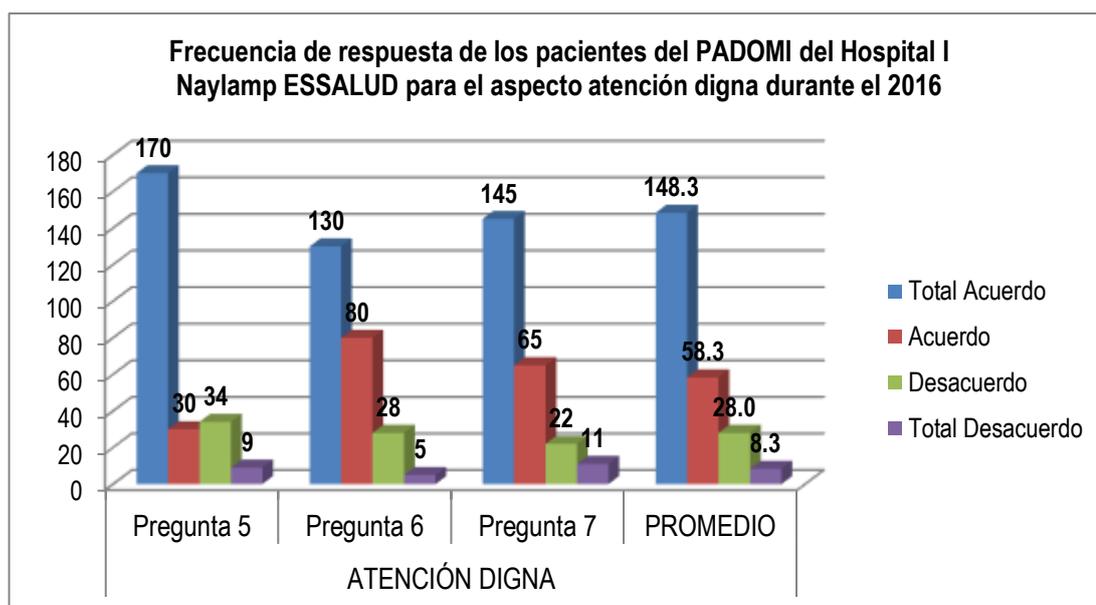
La tabla 2 y la Figura 2, muestran la frecuencia de respuesta de los adultos mayores adscritos al PADOMI del Hospital I Naylamp de ESSALUD, se puede apreciar que para el aspecto ATENCIÓN INTEGRAL la eficacia fue del 69%.

Tabla 3. Frecuencia de respuesta de los pacientes del PADOMI en el Hospital I Naylamp de ESSALUD a los indicadores del aspecto ATENCIÓN DIGNA.

ALTERNATIVAS	ATENCIÓN DIGNA			
	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 7	PROMEDIO
Total Acuerdo	170	130	145	148.3
Acuerdo	30	80	65	58.3
Desacuerdo	34	28	22	28.0
Total Desacuerdo	9	5	11	8.3
TOTAL	243	243	243	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Frecuencia de respuesta de los pacientes del PADOMI en el hospital I Naylamp de ESSALUD a los indicadores del aspecto ATENCIÓN DIGNA.



Fuente: Elaboración propia

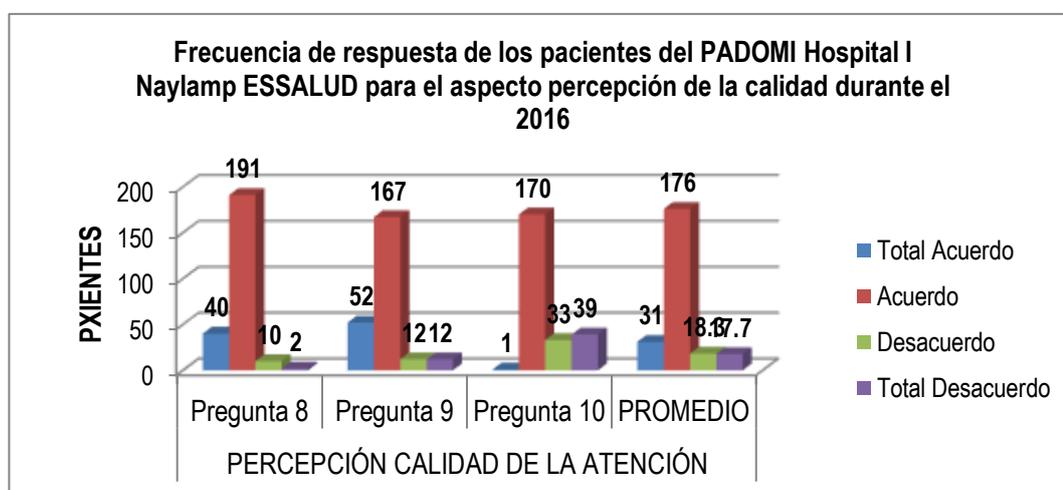
La tabla 3 y la Figura 4, muestran la frecuencia de respuesta de los adultos mayores adscritos al PADOMI del Hospital I Naylamp de ESSALUD, se puede apreciar que para el aspecto ATENCIÓN DIGNA la eficacia fue del 85%.

Tabla 4. Frecuencia de respuesta de los pacientes del PADOMI en el hospital I Naylamp de ESSALUD a los indicadores del aspecto PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD.

ALTERNATIVAS	PERCEPCIÓN CALIDAD DE LA ATENCIÓN			
	Pregunta 8	Pregunta 9	Pregunta 10	PROMEDIO
Total Acuerdo	40	52	1	31
Acuerdo	191	167	170	176
Desacuerdo	10	12	33	18.3
Total	2	12	39	17.7
Desacuerdo				
TOTAL	243	243	243	
PROMEDIO	21	32	20	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 4. Frecuencia de respuesta de los pacientes del PADOMI en el hospital I Naylamp de ESSALUD a los indicadores del aspecto PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD.



Fuente: Elaboración propia

La tabla 4 y la Figura 4, muestran la frecuencia de respuesta de los adultos mayores adscritos al PADOMI del Hospital I Naylamp de ESSALUD, se puede apreciar que para el aspecto PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD la eficacia fue del 85%.

4.1.3 Tratamiento Estadístico e Interpretación de Resultados

Se realizó un análisis estadístico descriptivo a los datos así como un análisis de frecuencia para determinar la eficacia del PADOMI.

Tabla 5. Estadística descriptiva de la eficacia del programa PADOMI Hospital I Naylamp Essalud, durante el 2016.

Total de acuerdo		Acuerdo		Desacuerdo		Total Desacuerdo	
Media	59.2	Media	131.9	Media	32.8	Media	19.1
Error típico	20.3	Error típico	17.3	Error típico	6.4	Error típico	4.9
Mediana	31.0	Mediana	156.0	Mediana	29.0	Mediana	11.5
Moda	0.0	Moda	170.0	Moda	0.0	Moda	0.0
Desviación estándar	64.2	Desviación estándar	54.7	Desviación estándar	20.2	Desviación estándar	15.5
Varianza de la muestra	4119.1	Varianza de la muestra	2987.2	Varianza de la muestra	409.3	Varianza de la muestra	241.7
Curtosis	-1.0	Curtosis	-0.5	Curtosis	0.4	Curtosis	-0.8
Coeficiente de asimetría	0.9	Coeficiente de asimetría	-0.9	Coeficiente de asimetría	1.1	Coeficiente de asimetría	0.8
Rango	169.0	Rango	161.0	Rango	60.0	Rango	45.0
Mínimo	1.0	Mínimo	30.0	Mínimo	10.0	Mínimo	2.0
Máximo	170.0	Máximo	191.0	Máximo	70.0	Máximo	47.0
Suma	592.0	Suma	1319.0	Suma	328.0	Suma	191.0
Cuenta	10.0	Cuenta	10.0	Cuenta	10.0	Cuenta	10.0
Nivel de confianza (95.0%)	45.9	Nivel de confianza (95.0%)	39.1	Nivel de confianza (95.0%)	14.5	Nivel de confianza (95.0%)	11.1

Fuente: Programa Excel 2010.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1. *Análisis de Discusión de Resultados*

La eficacia viene a ser el logro de metas y resultados esperados, en cualquier tipo de programa social estatal o del sector privado. La eficacia se mide a través de indicadores de eficacia que deben determinar de forma certera la realidad de la situación de los programas sociales. El PADOMI es el programa de atención domiciliaria del ESSALUD dirigida al adulto mayor cuya opinión respecto al programa del que viene siendo partícipe no es recabada de la mejor manera o en muchos casos no se tiene en cuenta. Siendo los usuarios de los programas un elemento importante en el mantenimiento del PADOMI es necesario evaluar si el programa está cumpliendo su cometido, en otras palabras si es eficaz y cumple todos los objetivos propuestos.

No existen investigaciones o antecedentes en los cuales se evalúen los programas como el PADOMI desde la perspectiva del usuario. Generalmente la evaluación lo realiza la institución que promueve el programa y desde el aspecto económico, considerando solo el cumplimiento de objetivos monetarios y netamente estadísticos.

Los programas sociales en el Perú enfrentan un triple reto: a) Aumentar la inversión social en educación, salud y programas pro-pobres hasta alcanzar por lo menos el promedio regional de 8.2% del PBI y así poder ampliar la cobertura. b) Mejorar la calidad de la inversión social, disminuyendo la filtración y optimizando la focalización sobre todo la regional. Ello implica, asimismo, mejorar la calidad de los servicios públicos en educación básica y superior, y en la promoción y prevención de la salud colectiva e individual. c) Combinar los programas protectores con componentes habilitadores (educación sanitaria, capacitación a los beneficiarios para acceder a oportunidades de ingreso) convirtiéndolos en programas mixtos, y dar mayor énfasis a los programas habilitadores.

La política social del Estado Peruano incluye servicios universales y programas focalizados. Los primeros se basan en la demanda y por tanto son auto-focalizados. Tal es el caso de la educación pública, la atención de salud en establecimientos públicos, etc. aunque al interior de estos sectores puede haber proyectos o programas focalizados (por ejemplo el Seguro Integral de Salud-SIS, PADOMI).

Evaluando los resultados obtenidos se puede precisar que el 85 % de los usuarios del PADOMI del hospital I Naylamp ESSALUD consideraron que el programa cumple los objetivos propuestos.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

6.1 Conclusiones

Se determinó la eficacia del Programa de Visita Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud del Hospital I Naylamp de Chiclayo durante el año 2016 la cual fue del 80 %. En el promedio general de percepción sobre la eficacia de la atención.

Se identificó la eficacia del Programa de Visita Domiciliaria de EsSalud (PADOMI) del Hospital I Naylamp Chiclayo durante el 2016 con respecto a la atención integral del paciente la cual fue de 69%.

Se identificó la eficacia del Programa de Visita Domiciliaria de EsSalud del Hospital I Naylamp Chiclayo durante 2016 con respecto a la atención digna del paciente la cual fue de 85%.

Se Identificó la eficacia del Programa de Visita Domiciliaria de EsSalud del Hospital I Naylamp Chiclayo durante 2016 con respecto al mejoramiento de la calidad de vida del paciente la cual fue de 85%.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

7.1 Recomendaciones

Visto los resultados obtenidos y a pesar que la mayoría de pacientes usuarios del programa Padomi han calificado el mismo como eficaz, por el la calidad de atención que reciben y por ser oportuno, se han registrado algunos defectos organizacionales y de atención al paciente, que pueden y deben ser mejorados por la institución.

En primer lugar se recomienda hacer un diagnóstico más real sobre el estado físico y mental del paciente que requiere atención domiciliaria, debido a que la edad no es indicar determinante para tal efecto. De manera que existen muchos pacientes menores de esa edad y que se encuentran imposibilitados físicamente y no están considerados como elegibles para el programa.

Por otro lado, la evaluación precisa algo de premura, debido a que muchos pacientes solicitan el servicio de Padomi y las evaluaciones y trámites son muy dilatados, provocando una larga espera de los pacientes para recibir la mencionada atención.

En este sentido, se recomendó la aplicación de un proceso administrativo sumario a fin que los pacientes solicitantes del servicio no tengan que esperar tanto tiempo para recibirlo.

Por otro lado, se recomendó una campaña periódica de capacitación a los familiares del paciente que recibe el servicio a fin de lograr una atención asistida e integral y más inmediata del paciente.

Referencias bibliográficas

Aguirre Gas, Héctor (1998) Administración de la calidad de la atención Médica; Instituto Mexicano del seguro Social; México,D.F..

Administración de servicios de salud \ módulo GSS - 2005\ 4 ModeloGSS-2005.

Alarid, H (2000) "Modelos de Atención y Calidad de los Servicios" OPS/OMS Honduras, Tegucigalpa.

Alarid, H. (2000) La Calidad de la Atención Imperativo de la Reforma. Consultor de Desarrollo de Servicios de Salud. Honduras.

Àlvar, N.; SUÑOL, R. La calidad de la atención. Fundación Avedis Donabedian.

Badorrey, C. (1997) Implantación de un Programa de Calidad en el Servicio de Urgencias Hospitalario. Rev. Calidad Asistencial.

Blanquer, J.; Jiménez, Al.; Del Pozo, K.; García, R.; Blanes, D. (2007) Características socio-económicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes en programa de atención a domicilio. Revista Valenciana Medicina de Familia; 7;46-56.

Calidad de los servicios de salud, herramientas para el mejoramiento continuo. I. Gerencia Centros de salud. "Oficina de Mejoramiento de Gestión y Procesos, Lima: 1999.

Carrasco Díaz, Sergio (2006) "Metodología de la Investigación científica". Editorial San Marcos. 1ra Reimpresión 2006. Lima.

Coberturas institucionales y opinión sobre los servicios de salud utilizados por adultos en un área local en Lima Perú 1996. Rev. Médica IPSS Vol 5 N° 2.

Código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú. 05.10.2000. Título IV. Art 36

De Moraes Humberto. (1993) Salud Pública de México. Vol.35 N° 3.

Donabedian; Avedis (1990) "Garantía y Monitoreo de la calidad de la atención médica: Un texto introductorio", 1ra edición. ENSAP. México.

Dawson Saunders, B, (1993) "Bioestadística Clínica" Primera Edición: México.

D'Hyver C, Gutiérrez LM. (2006) Geriatria. México D.F. Editorial Manual Moderno; p.3.

De la Revilla L, Espinoza JM. (2003) La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Aten Primaria.;31(9):587-91.

Directiva N° 006-GG-IPSS-97 – Normas sobre los procesos de admisión, consulta y registro del acto médico.

Espinel-Bermúdez, María Claudia; Sánchez-García, Sergio; Juárez-Cedillo, Teresa; García-González, José Juan; Viveros-Pérez, Álvaro; García-Peña, Carmen. (2011) "Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios" Salud pública Méx vol.53 no.1 Cuernavaca ene./feb. 2011. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud - Instituto Mexicano del Seguro Social. México, DF.

Essalud. "Metodología para el mejoramiento de los procesos". GCS; Oficina de mejoramiento de gestión y procesos. 1996, Lima Perú.

Estructura orgánica y Reglamento de Organización y funciones de EsSalud.

Gerencia Departamental de Lima. EsSalud. Manual de Auditoría Médica 2000.

Guías de diagnóstico y tratamiento de PADOMI, AÑO 2001.

Guía Metodológica para el mejoramiento continuo de los procesos. Essalud / GES/OMGIP 1999. Lima Perú. Herramientas de la calidad ISGC/MPAA/1999. Lima Perú.

Juárez S. (1999) Metodología para la auditoración de la calidad de un sistema Traumatológico. Revista de Medicina Intensiva, San Sebastián – España.

La Responsabilidad Médica, Curso auditoría de la atención médica: Dr. Jorge Cabello Gomes. UNMSM.

Ley General de Salud 26842, promulgada el 17.07.97. TITULO I, Art.2

Lawnga Dávila, Carlos (1996) “Calidad en los servicios”, 1ra.reimpresión México D.F.

La National Round On Health care quality del Institute of medicine. La urgente necesidad de mejorar la calidad asistencial. JAMA Ed. Español 1999. Vol. 8, N° 3.

Lineamientos de Políticas institucional en EsSalud, año 2002-2006. Gerencia General de EsSalud.

Lineamientos de Políticas institucional en EsSalud, año 2002-2006. Gerencia General de EsSalud.

Lineamientos para la Auditoría de Sistemas de la calidad. Norma Técnica Peruana NTP-ISO 10011-3. Parte 3.

Mendoza, Arana P. (1996) Equidad, eficiencia y calidad total: ¿Es esta combinación posible? Rev. Médica IPSS Vol. 5 N°1.

Mendoza, Arana P. (2001) Aspectos económicos de la auditoría médica. UNMNS. Presentación Curso taller de Auditoría médica. Facultad de Medicina UNMSM..

Hermosa Mogollón, Miguel Ángel (1996) “Nivel de calidad en el servicio de cirugía pediátrica. Hospital Nacional Essalud (HNERM). Revista Médica IPSS UDIS N° 2-3, -Lima.

Mariño H (2001). Gerencia de procesos. Primera edición. Alfaomega Colombiana SA.Bogotá.

Norma Técnica Peruana ISO: 8402 :1993 Calidad y vocabulario.

Normas para las prestaciones de Salud por Atención Domiciliaria en Essalud. Directiva N.o 16. Gerencia General-Essalud; 2000.

Ortega Benito J.M. (1994) La auditoría médico clínica I, la calidad en los servicios sanitarios. Revista de Medicina Clínica Vol 103. Num 17: 663-669

Ortega Benito J.M. (1994) La Auditoría Médico – clínica II, definiciones y Tipología. Revista de Medicina Clínica,Vol 103. Num 19: 741-745.

Ortega Benito J.M. (1995) La Auditoría Médico – clínica III, facetas; Revista de Medicina Clínica Vol 104. Num 1: 25-32.

Ortega Benito J.M. (1995) La Auditoría Médico – clínica IV, perspectivas; Revista de Medicina Clínica Vol 104. Num 3: 27-28.

Oteo LA, Hernández JF. (1998) Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica. En Llano del J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Geé J. Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Masson. Barcelona.

Pasos, instrumentos y herramientas para la intervención de un problema en la mejora continua de la calidad, GOCI/QPC, USA: 1994.

Pérez-Castejón J M. (2005) La valoración geriátrica hoy: atención domiciliaria. Rev Mult Gerontol; 15(1):16-22.

Pineda E.P. (1997) Manual para el desarrollo de personal de la salud, Metodología de la Investigación. Serie Paltex N° 35-OPS.

Pineda, E.B.; De Alvarado, E.L.; De Canales, H. (2015) Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de investigación de salud. 2da edición.

Piñarte Suárez, Diana Isaura y Reinoso Martínez, Nancy Victoria (2014) “Atención domiciliaria en salud realizada por instituciones prestadoras de salud en la ciudad de Bogotá y su relación con la atención primaria en salud, año 2013” Pontificia Universidad Javeriana, Bogota – Colombia.

Piscoya Arbañil José; Aliaga, Eleazar (1997) Auditoría como pilar de la calidad en la Atención de Salud. Revista médica del IPSS; Vol 6. N° 3.

Piscoya Arbañil José L. (1999) Manual de Auditoría Médica de hospitalización. Oficina de Auditoría médica – Hospital Nacional Guillermo Almenara.

Programa de oferta flexible de EsSalud, Página Oficial de EsSalud (Revisado el 01 de Noviembre del 2016).

www.essalud.gob.pe/atencion-domiciliaria-padomi/

Proyecto Salud y Nutrición Básica: “Desarrollo de estándares e indicaciones de calidad en un entorno de vigilancia”. Seminario Taller Consultaría sobre mejoramiento y garantía de la calidad en el primer nivel de atención de la salud URC. Lima Perú: Abril 1999.

Rojas M. (2004) Gerencia de Procesos. Modulo Maestría en Gerencia de Servicios de Salud. Quito.

Ross A, y OTROS. (2013) La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe [<http://www.scielo.org/scielo.php>]. Revista Panamericana Salud Publica v.8 n.1

Salcedo Vidal, Alberto (1990) “Métodos Estadísticos”. Editado por CONCYTEC. Lima – Perú.

Santacruz Varela, J. (1996) Acreditación de Hospitales. Revista Médica del IPSS, Vol 5 N° 1, Marzo.

Sánchez Carlesi, Hugo (1998) Metodología y Diseño en la Investigación Científica. Edit. Mantaro, Lima-Perú.

Sierra Bravo, R. (1996) Tesis Doctoral y Trabajos de Investigación Científica. Editorial Paraninfo, 4ta Edición, Madrid–España.

Piscoya Arbañil José L. (1998) UNMSM. Diplomado en Auditoría Médica. UNMSM. Facultad de Medicina.

UNMSM. Marco conceptual de la Calidad. Texto Auto informativo URC-UNMSM. Unidad II. Año 1999, Lima.

Tamayo, M. (2003) “El proceso de la Investigación científica” Edit. Limusa.- Cuarta Edición. México.

Texto Auto formativo: Unidad III – Herramienta de la calidad. MINSA, Lima-Perú:1996.

Velarde Ponce Edgar (1995) La Historia Clínica aprobada por el Colegio Médico del Perú.

Zurita Garza B. (1997) Calidad de la Atención de la Salud. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.; Vol 58 :

ANEXOS

UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “Evaluación de la eficacia del programa de atención domiciliaria (PADOMI) en el Hospital I Naylamp - EsSalud Chiclayo – 2016”

Autores: Bach. Santa Cruz Cabanillas, Danilo

PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN DIMENSIONES INDICADORES DE	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	POBLACION Y MUESTRA
Problema General: ¿La eficacia del programa de atención domiciliaria (PADOMI) en el hospital I Naylamp EsSalud Chiclayo durante el 2016?	General: Conocer la eficacia del Programa de Visita Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud del Hospital I Naylamp de Chiclayo – 2016.	.		Diseño $m = x \quad \text{---} \quad O1$ <u>Donde:</u> m= muestra X= VI O1= obser X	<u>Población</u> 575 pacientes usuarios del PADOMI <u>Muestra</u> 231 pacientes
PROBLEMAS ESPECIFICAS	OBJETIVOS ESPECIFICOS			TIPO	Técnicas-instrumentos
•¿Cuál es el nivel de eficacia, con respecto a la atención integral del paciente, del Programa de	Identificar la eficacia del Programa de Visita Domiciliaria de EsSalud del Hospital I Naylamp			Tipo: Investigación Básica	Técnica La encuesta

<p>Visita Domiciliaria de EsSalud del Hospital I Naylamp Chiclayo durante el 2016,?</p> <p>•¿Cuál es el nivel de eficacia, con respecto a la atención digna del paciente, del Programa de Visita Domiciliaria de EsSalud del Hospital I Naylamp Chiclayo durante 2016,?</p> <p>•¿Cuál es el nivel de eficacia, con respecto al mejoramiento de la calidad de vida del paciente, del Programa de Visita Domiciliaria de EsSalud del Hospital I Naylamp Chiclayo durante 2016?</p>	<p>Chiclayo durante el 2016 con respecto a la atención integral del paciente.</p> <p>Identificar la eficacia del Programa de Visita Domiciliaria de EsSalud del Hospital I Naylamp Chiclayo durante 2016 con respecto a la atención digna del paciente.</p> <p>Identificar la eficacia del Programa de Visita Domiciliaria de EsSalud del Hospital I Naylamp Chiclayo durante 2016 con respecto al mejoramiento de la calidad de vida del paciente.</p>		<p>VARIABLES</p>	<p>DIMENSIONES</p>	<p>INDICADORES</p>	<p>Instrumento de recogida de datos</p>	<p>Enfoque de la investigación</p> <p>Quantitativo</p>	<p>Instrumento</p> <p>El cuestionario</p>
			<p>Eficacia del programa de atención domiciliaria</p>	<p>Atención Integral</p>	<p>La programación de la visita médica es adecuada. Visita médica realizada es completa. Recibe medicina adecuada y suficiente. Uso de tecnología médica adecuada.</p>	<p>Encuesta de satisfacción al adscrito al PADOMI</p> <p>N° de usuarios PADOMI encuestados</p> <p>satisfechos x 100 sobre el Total de usuarios PADOMI encuestados</p>		
				<p>Atención Digna</p>	<p>Atención cortés y con respeto. Atención esmerada. Se le da información adecuada y</p>	<p></p>		

					comprensible sobre su estado de salud.			
				Percepción de la Calidad de atención	Satisfacción con la atención recibida. La atención es oportuna. La tecnología médica utilizada es moderna.			



UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP

**FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN**

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR NIVEL DE EFICACIA DE LA ATENCIÓN
DEL PADOMI**

Autor: Bach. Santa Cruz Cabanillas, Danilo

DATOS GENERALES:

Edad: **Sexo:** **Fecha:** _____

Estimado asegurado reciba el saludo de la Universidad Privada TELESUP. La información que nos brindas permitirá diseñar un plan de acción para conocer el nivel de eficacia del PADOMI en el Hospital I Naylamp EsSalud Chiclayo y plantear alternativa de soluciones.

Instrucciones: Lee detenidamente cada pregunta; luego, contesta marcando un aspa (X) en la alternativa que consideres la correcta.

Alternativas

TOTAL ACUERDO
ACUERDO
DESACUERDO
TOTAL DESACUERDO

N°	DIMENSIONES	ITEMS			
		TOTAL ACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO	TOTAL DESACUERDO
1	La programación de la visita médica fue adecuada				
2	La visita médica realizada fue completa				
3	Recibió medicina adecuada para su enfermedad y en cantidad suficiente.				
4	Durante la visita se utilizó tecnología médica adecuada para evaluarlo.				
	ATENCIÓN DIGNA	TOTAL ACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO	TOTAL DESACUERDO
5	Durante la visita médica se le atendió con cortesía y respeto.				
6	Recibió una atención esmerada durante la visita médica.				
7	Durante la visita médica se le proporcionó información adecuada y comprensible sobre su estado de salud actual.				
	PERCEPCION DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	TOTAL ACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO	TOTAL DESACUERDO
8	Se encuentra usted satisfecho con la atención recibida durante la visita médica.				
9	La atención médica fue oportuna				
10	La tecnología médica utilizada durante la visita médica es moderna.				

UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP
FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN – ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES.

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Dr. José Manuel LLatas Román
 1.2 Cargo e institución donde labora: Metodólogo / Docente Escuela de Post.Grado UCV
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Cuestionario para evaluar Nivel de eficacia de la atención en PADOMI
 1.4 Autor del instrumento: Bach. Santa Cruz Cabanillas, Danilo

Nº	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente Inf. de 79	Regular 80 a 85	Bueno 86 - 90	Muy bueno 91 - 95	Excelente 96-100
11.	Claridad y Precisión	Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa, sin ambigüedades.					98
12.	Coherencia	Las preguntas guardan relación con los indicadores, las dimensiones, las variables e hipótesis.					95
13.	Validez	Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez de contenido y de criterio.					97
14.	Organización	La estructura es adecuada. Contiene de manera coherente todos los elementos de un instrumento de medición.					98
15.	Confiabilidad	El instrumento es confiable porque está de acuerdo a la capacidad de respuesta de los sujetos de investigación.					98
16.	Control de sesgo	Presenta preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas.					97
17.	Consistencia	En su conjunto, el instrumento responde a los objetivos de la investigación.					98
18.	Marco de referencia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del evaluado: lenguaje, nivel de instrucción, cultura.					95
19.	Extensión	El número de items son suficientes para lograr el objetivo de la investigación.					99
20.	Inocuidad	Las preguntas no constituyen ningún riesgo para el sujeto evaluado.					97

II. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

97%

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

El instrumento cumple la condición de Validez y por lo tanto es aplicable.

Lima, 09 de Agosto del 2016



Dr. José M. LLatas Román
Docente / Metodólogo
DNI 09530850

UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES
ESCUELA PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN, FINANZAS Y
NEGOCIOS GLOBALES

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES.

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Dr. Leoncio Chumpitasi Venegas
- 1.2. Cargo e institución donde labora: Metodólogo / Docente Universitario
- 1.3. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Cuestionario para evaluar Nivel de eficacia de la atención en PADOMI
- 1.4. Autor del instrumento: Bach. Santa Cruz Cabanillas, Danilo

Nº	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente Inf. de 79	Regular 80 a 85	Bueno 86 - 90	Muy bueno 91 - 95	Excelente 96-100
1.	Claridad y Precisión	Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa, sin ambigüedades.					98
2.	Coherencia	Las preguntas guardan relación con los indicadores, las dimensiones, las variables e hipótesis.					95
3.	Validez	Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez de contenido y de criterio.					97
4.	Organización	La estructura es adecuada. Contiene de manera coherente todos los elementos de un instrumento de medición.					98
5.	Confiabilidad	El instrumento es confiable porque está de acuerdo a la capacidad de respuesta de los sujetos de investigación.					97
6.	Control de sesgo	Presenta preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas.					97
7.	Consistencia	En su conjunto, el instrumento responde a los objetivos de la investigación.					98
8.	Marco de referencia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del evaluado: lenguaje, nivel de instrucción, cultura.					95
9.	Extensión	El número de ítems son suficientes para lograr el objetivo de la investigación.					98
10.	Inocuidad	Las preguntas no constituyen ningún riesgo para el sujeto evaluado.					97

II. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

98%

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

El Instrumento es Valido y por lo tanto procede su aplicación.

Lima, 09 de Agosto del 2016


 Dr. Leoncio Chumpitasi Venegas
 Docente / Metodólogo
 DNI 08192357