UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO ESCUELA DE POSGRADO

UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Modelo de gestión innovador para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer cérvico - uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto. Período 2013

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública con mención en Planificación y Gestión en Salud

AUTOR:

Evangelina Ampuero Fernández

ASESOR:

Obsta, Dra. Nelly Reategui Lozano

Tarapoto - Perú 2020







Esta obra está bajo una <u>Licencia</u>
<u>Creative Commons Atribución-</u>
<u>NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú.</u>

Vea una copia de esta licencia en http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO ESCUELA DE POSGRADO

UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Modelo de gestión innovador para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer cérvico - uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto. Período 2013

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública con mención en Planificación y Gestión en Salud

AUTOR:

Evangelina Ampuero Fernández

ASESOR:

Obsta. Dra. Nelly Reátegui Lozano

Tarapoto – Perú

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO ESCUELA DE POSGRADO

UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Modelo de gestión innovador para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer cérvico - uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto. Período 2013

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública con mención en Planificación y Gestión en Salud

AUTOR:

Evangelina Ampuero Fernández

ASESOR:

Obsta. Dra. Nelly Reátegui Lozano

Tarapoto - Perú

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

ESCUELA DE POSGRADO

UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Modelo de gestión innovador para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer cérvico - uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto. Período 2013

AUTOR:

Evangelina Ampuero Fernández

Sustentada y aprobada el 31 de enero del 2020, por los siguientes jurados:

Dra. Lolita Arévalo Fasanando

Presidente

Teresa Vela Vásquez

Miembro

Dra. Q. F. Alicia Bartra Reátegui

Secretaria

Dra. Nelly Reátegui Lozano

Asesor

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO ESCUELA DE POSGRADO

UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Modelo de gestión innovador para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer cérvico - uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto. Período 2013

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública con mención en Planificación y Gestión en Salud

La suscrita declara que el presente trabajo de tesis es original, en su contenido y forma.

Obsta. Evangelina Ampuero Fernández

Ejecutor

Obsta. Dra. Nelly Reátegui Lozano

Asesor

Declaratoria de autenticidad

Evangelina Ampuero Fernández, con DNI Nº 01110147, egresada de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de San Martín, Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Maestría en Salud Pública con mención en Planificación y Gestión en Salud, autor de la tesis de investigación titulada: Modelo de gestión innovador para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer cérvico - uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto. Período 2013.

Declaro bajo juramento que:

- La presente tesis investigación es de propia autoría.
- La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
- 3. Toda la información que contiene la tesis investigación no se hizo auto plagiada.
- Los datos y resultados presentados en la tesis de investigación son reales, no son alterados ni copiados, por lo tanto, la información debe ser considerada como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, se asume la responsabilidad, las consecuencias que deriven de mi accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martin-Tarapoto.

Tarapoto, 31 de enero del 2020.

Obsta, Evangelina Ampuero Fernández

DNI N° 01110147

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.

Apellidos y nombres: AMPUERO Código de alumno :						
C. Barris	FERUAUDE Z	EN	AUGE	1	DA	
		Teléfon		_	-	
Correo electrónico: ampulrol	rangelines and	DNI:	011	11	210	12
(En caso haya más autores, llenar un formula	rio por autor)	-				
Datos Académicos Facultad de: Ciencias De U	1 C 1/					
	A SALUE					
Programa de:	Wast Processing					
MAESTRIA EN SALUZ	PUBLICA					
lipo de trabajo de investigación						
Tesis	(X) Trabajo de inve	stignaiA	- /			
Trabajo de suficiencia profesional		sugacio	n ()	
Trabajo de suriciencia profesional	()					
Año de publicación: 2020						
ipo de Acceso al documento						
Acceso público *	(♥) Embargo				()
	(⊗) Embargo				()

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia Creative Commons, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martin - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera integra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".



8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto.

Fecha de recepción del documento:



^{*}Acceso abierto: uso licito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

^{**} Acceso restringido: el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

A mi madre por su amor y apoyo infinito; a mi amado esposo Porfirio, mis hijas Sandra, Lizeth, Nataly, mis nietas Fátima, Ximena, Fernanda, Zoe, a mis hermanos y hermanas, porque siempre están conmigo.

En memoria de mi padre Donato y hermano Nemesio que están en mi corazón.

Evangelina

Agradecimiento

A Dios, Virgencita de Chapi, por las oportunidades que pone en mi camino, porque siempre me acompaña.

A mis hijas Sandra Margarita, Lizeth Erly, Nataly Estefani, excelentes personas y profesionales.

Dra. Rosa Riós López de Herrera, amiga, colega, compartiendo muchas experiencias.

Dra. Nelly Reátegui Lozano, dirigiendo la Facultad líder, por su dedicación y asesoramiento. Con cariño y respeto con quienes compartí experiencias laborales en EsSalud Tarapoto Obstetra Dra. Mery Graciela Ramírez Rodas, Obstetra Mg. Irma Panduro Torres, Obstetra Mg. Hilda Gonzáles Navarro, por su ayuda, ánimo y amistad.

Especial reconocimiento al personal del Hospital II Red Asistencial Tarapoto de la Región San Martín, y al personal del programa de Despistaje de Cáncer cérvicouterino, por su apoyo incondicional

El autor.

Índice de contenidos

Dedicatoria	vii
Agradecimiento	viii
Índice de contenidos	ix
Índice de tablas	xi
Índice de figuras	xii
Resumen	xiv
Abstract	XV
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	7
2.1. Objetivo general	7
2.2. Objetivos específicos	7
III. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	8
3.1. Antecedentes de la investigación.	8
3.2. Marco teórico	15
3.2.1. Bases teóricas	15
3.2.2. Satisfacción del usuario	24
3.2.3. Calidad	24
3.3. Definición de términos básicos	27
IV. MODELO DE GESTIÓN INNOVADOR	30
4.1. Objetivo.	30
4.2. Componentes del modelo	30
4.3. Funcionamiento del modelo de gestión innovador	33
4.4. Caracterización de los procesos del programa de prevención	37
4.5. Cómo implantar el modelo de gestión innovador	38
4.6. Cómo implantar el modelo de gestión innovador	40
V. MATERIAL Y MÉTODOS	42
5.1. Tipo de estudio	42
5.2. Diseño de investigación	42
5.3. Universo, población, muestra y muestreo	42

5.4.	Procedimiento	. 44
5.5.	Técnicas e instrumento de recolección de datos	44
5.6.	Plan de tabulación y análisis de datos	45
5.7.	Aspectos éticos	45
VI.	RESULTADOS	46
VII.	DISCUSIÓN	61
VIII	. CONCLUSIONES	63
IX.	RECOMENDACIONES	64
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
XI.	ANEXOS	. 68

Índice de tablas

P	ag.
Tabla 1 Funcionamiento de la etapa planificar	. 34
Tabla 2 Interrelación entre la etapa de planificar con las TIC's	. 34
Tabla 3 Funcionamiento de la etapa ejecución de los diagnósticos	. 35
Tabla 4 Interrelación entre la etapa de ejecutar los diagnósticos	. 35
Tabla 5 Funcionamiento de la etapa controlar o verificar	. 36
Tabla 6 Interrelación entre la etapa de controlar o verificar con la TICs	. 36
Tabla 7 Funcionamiento de la etapa actuar	. 37
Tabla 8 Funcionamiento de la etapa actuar	. 37
Tabla 9 Funciones principales del equipo de trabajo	. 39
Tabla 10 Operacionalización de variables	. 68
Tabla 11 Datos recolectados	. 72
Tabla 12 Estadísticas de fiabilidad	. 73
Tabla 13 Resultados de la primera validación de expertos frecuencias absolutas	. 77
Tabla 14 Consenso de expertos de la primera validación	. 77
Tabla 15 Resultados de la segunda validación de expertos frecuencias absolutas	. 78
Tabla 16 Consenso de expertos de la segunda validación	. 78
Tabla 17 Datos recolectados	. 81
Tabla 18 Indicadores de Proceso: Promoción	. 83

Índice de figuras

Pág.
Figura 1. Círculo de Dening
Figura 2. Modelo Malcolm Baldrige
Figura 3. Modelo EFQM ("European Foundation for Quality Management")
Figura 4. Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión
Figura 5. Modelo de gestión innovador innovador para fortalecer la prevención y
control del cáncer cérvico-uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto
Figura 6. Calificación del compromiso del personal en la planificación
Figura 7. Calificación del nivel de participación del personal en la planificación 47
Figura 8. Calificación de los planes existentes
Figura 9. Calificación de la cobertura de actividades
Figura 10. Calificación de la cobertura de actividades en población objetivo (30 a 60 años) 48
Figura 11. Calificación de la proporción de mujeres con paquete de promoción
tamizadas por primera vez en población de 30 a 49 años
Figura 12. Calificación de la cobertura de detección (Población objetivo programada) 49
Figura 13. Calificación de la cobertura de la detección en población objetivo por primera vez 50
Figura 14. Calificación del porcentaje de la población objetivo tamizada
Figura 15. Calificación del porcentaje de láminas de PAP respondidas oportunamente 51
Figura 16. Calificación del porcentaje de mujeres con PAP positivo con estudio
histopatológico51
Figura 17. Calificación del porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico
NIC I persistente tratadas
Figura 18. Calificación del porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico
NIC II-III, tratadas
Figura 19. Calificación del porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico
NIC I controladas
Figura 20. Calificación del porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico
NIC II-III controladas post tratamiento

Figura 21. Calificación del porcentaje de mujeres con PAP positivo en la población	
tamizada	54
Figura 22. Calificación del porcentaje de mujeres con NIC I, II y III en la población	
tamizada	54
Figura 23. Calificación de la tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino en población	
femenina (Nro. de casos nuevos por año)	55
Figura 24. Calificación de la tasa de mortalidad por cáncer del cuello uterino en	
población femenina (Nro. de pacientes fallecidos por año)	55
Figura 25. Calificación del tiempo que esperó para ser atendida	56
Figura 26. Calificación de la atención a sus inquietudes por parte del personal administrativo	56
Figura 27. Calificación de la explicación que le brindó el personal administrativo sobre	
su problema	57
Figura 28. Calificación de la información recibida sobre el programa de prevención y	
control del cáncer cérvico-uterino	57
Figura 29. Calificación de la labor de la institución en la prevención y control del	
cáncer cérvico-uterino	58
Figura 30. Calificación de la atención médica recibida en la institución en la prevención	
y control del cáncer cérvico-uterino	58
Figura 31. Calificación del trato del personal que lo atendió en el programa de	
prevención y control del cáncer cérvico-uterino	59
Figura 32. Calificación del horario del centro para la atención en la prevención y	
control del cáncer cérvico-uterino	59

Resumen

El cáncer cérvico uterino es un problema de Salud pública en el Perú y en el mundo, como consecuencia de las debilidades del sistema de salud. Es una situación que afecta negativamente el bienestar de la mujer y de la población en general y por lo tanto, repercuta en lo personal, social y económico por la morbilidad y mortalidad.

El objetivo general de la tesis es Proponer un Modelo de Gestión Innovador para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del cáncer cérvico -uterino en el Hospital EsSalud Tarapoto. Período 2013.

Se emplearon como materiales y métodos para la presente investigación aplicada - propositiva no experimental - , instrumentos que permitieron levantar información y diseñar la propuesta de mejora de la gestión. El universo en la cual se ejecutó la presente investigación, estuvo conformado por todas las usuarias atendidas en el Programa para el año 2013, de las cuales 191 acudieron mensualmente y 58 fueron encuestadas. Se realizó una revisión de documentos de gestión: Plan Operativo, Plan estratégico, libro de registro de pacientes y libro de registro citológico, para el procesamiento de datos.

Los resultados calificaron de regular en un 58% la gestión en el programa de prevención del cáncer cérvico-uterino. Para proponer el modelo teórico de gestión innovador se utilizaron los siguientes elementos: la información obtenida del diagnóstico de los procesos, el fundamento teórico del ciclo de calidad, la tecnología de la información y comunicación como herramienta de mejora; enfatizando la retroalimentación y mejora continua de la Detección temprana del cáncer, así como la mejora de las acciones de promoción, prevención, detección precoz y manejo de lesiones premalignas. Para la validación del diseño del modelo se aplicó el método Delphi, la información fue validada por un consenso de 5 expertos anónimos que calificaron al 80% el diseño como significativo y relevante.

Conclusiones: El modelo teórico de gestión innovador para fortalecer la prevención y control del Cáncer cérvico-uterino, se fundamentó en los resultados obtenidos con la aplicación del método Delphi, respetando el anonimato y observando el consenso de opinión de los 5 expertos, siendo 80% mayoritario con calificativos de bastante y muy relevante; tal como lo describe Reguant y Torrado.

Palabras clave: Innovación, modelo, gestión, satisfacción, cáncer cérvico uterino.

Abstract

Cervical cancer is a public health problem in Peru and worldwide, as a consequence of the weaknesses of the health system. It is a situation that negatively affects the well-being of women and the population in general and therefore, brings personal, social and economic repercussions on morbidity and mortality.

The general objective of this thesis is to propose an innovative management model to strengthen the prevention and control of cervical cancer at the Hospital EsSalud Tarapoto. Period 2013.

As materials and methods for the present applied research - non-experimental propositional -, we used instruments which allowed us to gather information and design the proposal management improvement. The universe in which this research was carried out was made up of all the patients attended by the Program in 2013, of whom 191 were attended monthly and 58 were surveyed. A review of management documents was carried out for data processing.: Operational Plan, Strategic Plan, patient record book and cytology record book,.

Results qualified the management in the cervical cancer prevention program as regular at 58%. The following elements were used to propose the theoretical model of innovative management: information obtained from the diagnosis of the processes, the theoretical basis of the quality cycle, information and communication technology as a tool for improvement; emphasizing the feedback and continuous improvement of the early detection of cancer, as well as the improvement of the actions of promotion, prevention, early detection and management of premalignant lesions. For the validation of the model design, the Delphi method was applied, the information was validated by a consensus of 5 anonymous experts who qualified the design as significant and relevant at 80%.

Conclusions: The theoretical model of innovative management to strengthen the prevention and control of cervical cancer, was validated on the basis of the results obtained through the application of the Delphi method, and taking into accout the consensus of opinion of the 5 experts, who qualified it at 80% in range of quite to very relevant; as described by Reguant and Torrado.

Keywords: Innovation, model, management, satisfaction, cervical cancer

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública en el Perú y en el mundo, uno de los problemas álgidos es el diagnóstico tardío, como consecuencia de las debilidades del sistema de salud y los temores de la población con repercusión personal, social y económica por la morbilidad y mortalidad.

Cada dos minutos mueren por cáncer cervical en el mundo y en el Perú cada día muere 7 mujeres por esta causa. El cáncer cáncer cérvico-uterino es el cuarto tipo de cáncer más común en las mujeres a nivel mundial.

El cáncer cervical considerada como una de las principales causas de morbimortalidad, según estimaciones de la Organización Mundial de la (OMS) el año 2018 registró aproximadamente 14 millones de casos nuevos y ocasionó 8.8 millones de muerte, se estima además que el número de casos nuevos incrementará en un 70% en los próximos 20 años, según la Sociedad Americana del Cáncer y el Instituto Nacional del cáncer. (1)

En América Latina el cáncer cérvico-uterino es el segundo más frecuente, pero se puede prevenir, alrededor de 56,000 mujeres son diagnosticadas cada año y 28.000 mujeres mueren por esta enfermedad. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) insta a acelerar los esfuerzos de prevención y control para crear un futuro sin cáncer cérvicouterino, "Es inadmisible que las mujeres mueran hoy por una enfermedad que en gran medida se puede prevenir", afirmó Silvana Luciani, jefa de la Unidad de Enfermedades No Transmisibles de la OPS. (2)

El cáncer cérvicouterino es una enfermedad que en el 99.9% de los casos son causados por el VPH La prevención primaria es a través de la vacunación contra el VPH. Desde hace más de una década, existen vacunas que protegen contra los tipos comunes de virus del papiloma humano (VPH) que causan cáncer. La OPS recomienda aplicar esta vacuna a las niñas de 9 a 14 años, está disponible en 35 países y territorios. Sin embargo, en la mayoría de ellos, la tasa de cobertura con las dos dosis aún no alcanza a la meta de 80% de las niñas. Para sensibilizar a la población sobre la enfermedad, lanzó en noviembre pasado la campaña "Es hora de poner fin al cáncer cérvico-uterino". Bajo el lema "Que nada te detenga", la iniciativa promueve información sobre la vacuna contra el VPH y alienta a las mujeres a realizarse exámenes periódicos para detectar lesiones precancerosas. La campaña responde al plan acordado en 2018 en la OPS por los ministros de Salud del

continente para reducir en un tercio los casos nuevos y las muertes por cáncer cérvicouterino para 2030. (3)

En el Perú, el cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente en Loreto (29.4% de todos los cánceres en esa región), Ucayali (28.6%), Madre de Dios (28.5%) y Moquegu (28.4%). Las regiones con tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100,000 habitantes más altas son Loreto (18.0), Huánuco (12.8), Ucayali (10.3), con valores que duplican y hasta cuadruplican el de Lima (4.2) (4).

En la región San Martin, este problema no es ajeno a esta situación, según el Ministerio de Salud (MINSA), entre el 2006 al 2011 se reportaron 303 casos confirmados de cáncer de cérvix, que representa cerca el 27.1% del total de casos de cáncer notificados (6). En el 2013, se reporta que las neoplasias (tumores + carcinomas in situ) tienen una incidencia de 107.8 por 100,000 habitantes (5). Se reporta una TIA por cáncer invasor del 1.0 por 100,000 MEF, y en la provincia de San Martin de 2.0 por 100.000 MEF, según reporte de la Dirección Regional de Salud San Martin (DIRES-SM)

A nivel nacional, EsSalud cuenta con 11, 694,228 habitantes asegurados, tiene la finalidad de realizar la recepción, captación y gestión de los fondos de la seguridad social en salud para dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, prestaciones económicas y sociales. Según POI 2013.

Para la población asegurada en EsSalud, el cáncer en general es la primera causa de mortalidad y es una de las prioridades sanitarias. La tasa de mortalidad en el año 2017, para el cáncer de cuello uterino en EsSalud, fue de 225 mujeres, que representa al año 0.62 por 10,000 aseguradas

En la región de san Martin, la morbimortalidad por cáncer de cuello uterino se da por varios factores que condicionan como: la idiosincrasia de la población, bajas coberturas de tamizaje, demora en la entrega de resultados, alta pérdida en el seguimiento del paciente con tamizaje positivo, bajo número de centro de tratamiento.

La infección por Virus del Papiloma Humano (VPH), es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes en todo el mundo. (5)

Es la alta Dirección de EsSalud que establece la política institucional y la supervisión de

la misma, un factor importante para el cumplimiento de las metas de la atención son los recursos humanos. A través del programa de detección temprana de cáncer uterino se brinda el servicio de tamizaje a todas las mujeres en edades de 25 a 64 años. A diciembre de 2018 se realizó una producción de 575,710 muestras PAP alcanzando una cobertura de 20%. No obstante, para que el control de cáncer de cuello uterino sea exitoso se espera que el tamizaje logre una cobertura por encima del 70% de la población en riesgo, según la normativa sectorial.(6)

En las Redes Asistenciales EsSalud de Apurimac, Madre de Dios, Cuzco donde se ofrecen atención y tratamiento médico y quirúrgico el cáncer de cuello uterino desde el año 2003 al 2017 se diagnosticaron 367 casos de cáncer de cuello uterino todas con diagnóstico histopatológico, en la Red Cuzco se presentaron 313 casos de cáncer de cuello uterino Según el diagnóstico una limitación es el insuficiente recurso humano especializado en la prestación de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidado paliativo de pacientes con ésta patología.

El Hospital II EsSalud Tarapoto cuenta con 05 médicos Gineco obstetras y 06 Obstetras para las actividades del servicio de obstetricia y una obstetra para las actividades de detección temprana de cáncer cérvico- uterino.

También se evidencia un débil sistema de vigilancia epidemiológica y monitoreo de pacientes, insuficiente control de calidad de lectura de tamizajes. Baja calidad de los procesos de citología cervical, falta de insumos para la inmunización contra VPH y para la prevención secundaria de cáncer de cuello uterino , baja cobertura de tamizaje de cáncer de cuello uterino, no se cuenta con estandarización de los procesos de detección y tratamiento de cánceres priorizados, inadecuada supervisión y monitoreo para la ejecución de la cartera de servicios preventivos y de detección temprana, discordancia de lineamientos de programación para actividades en base a las políticas de seguridad y salud en el trabajo. Existiendo insatisfacción del personal operativo por el incremento de metas diarias, pero sin incrementar mayor número de profesionales para cumplir las actividades programadas, entre ellas la consejería, actividades de EIC, captación temprana, seguimiento de casos positivos principalmente. Entonces surge una contradicción que se mantiene hasta estos momentos entre la tendencia de una institución apta para responder a las demandas y simultáneamente ser motor para el cambio deseado con la no implementación adecuada de

recursos, humanos, equipos, procesos y la no demostración de resultados acordes a las políticas institucionales.

Desde esta perspectiva se formuló como **hipótesis:** Si proponemos un Modelo de gestión innovador para fortalecer la prevención y control del cáncer cervico-uterino, entonces se mejorará la calidad de gestión del programa.

De la relación entre el problema, la hipótesis, las preguntas científicas y el objetivo de la investigación se precisan las siguientes tareas de investigación por etapas:

- Primera Etapa: a) Facto-perceptible: Estudio de las tendencias históricas de la gestión de los servicios de Salud a nivel mundial, latinoamericana y peruana. . Caracterizar el proceso actual mediante un diagnóstico.
- ii) Segunda Etapa: a) Elaboración del modelo teórico, b) Fundamentar los supuestos teóricos del modelo que sustenta el proyecto.
- iii) Tercera Etapa: Elaborar la propuesta: a) Concretar el modelo propuesto b) Validación de la propuesta.

Este estudio corresponde al tipo de investigación aplicada - propositiva, La investigación realizada pertenece al nivel descriptivo – propositivo porque se aplicó instrumentos que permitieron levantar información y diseñar la propuesta de mejora de la gestión con un diseño de investigación propositivo, no experimental. i) Primera etapa: Los métodos empíricos realizados han comprendido la entrevista, la observación, análisis documental y el criterio de expertos. Los métodos teóricos fueron el histórico lógico y el de análisis y síntesis. ii) Segunda etapa: Los modelos teóricos fueron el análisis y síntesis, el holístico dialéctico y el sistema estructural. iii) Tercera etapa: Los métodos fueron el procesamiento estadístico y la encuesta. La tesis se expone en cuatro capítulos, seguido de las conclusiones, las recomendaciones, la bibliografía y los anexos respectivos.

Fundamentos del problema

El departamento de San Martin, cuenta con 884,795 mil habitantes (según las proyecciones poblacionales del INEI 2019), lo que representa el 3,99% del territorio peruano, tiene una extensión de 51 253,31 km2, está ubicado en el Noreste del Perú. Político- administrativamente está dividida en 10 provincias y 77 distritos. La provincia

con el mayor número de distritos es San Martín con una población de 197,904 (14 distritos), seguido por Lamas 89,363 (11 distritos), Picota 46,855 (10 distritos), Rioja 135,091(9 distritos), Moyobamba 155,918, Bellavista 62,040 y Huallaga 26,649con 6 distritos, y El Dorado, Mariscal Cáceres 53,255 y Tocache 76,034 con 5 distritos.

Tiene como capital a la ciudad de Moyobamba, y como una de sus ciudades principales es Tarapoto, que cuenta con una población de 180,073 habitantes. ambas de gran movimiento comercial y productivo, originado por la presencia de la Carretera Marginal que permitió la salida de la producción de las cuencas del Alto Mayo y Huallaga Central hacia otros mercados, predomina un clima subtropical y tropical, distinguiéndose dos estaciones: una seca, de junio a setiembre, y la otra lluviosa, de octubre a mayo.

El Hospital II EsSalud Tarapoto, ubicada en la ciudad de Tarapoto en el año 2013, funcionaba en ambientes alquilados del MINSA, en inadecuados ambientes, insalubre, deficientes, equipos obsoletos, insumos escasos; Sin embargo, debe cumplir políticas institucionales, directivas y los encargados de conducir el programa no logran adaptarse a las circunstancias. Actualmente no se evidencia cambios de relevancia en este programa de despistaje de cáncer cérvico-uetrino, las aseguradas que asisten exigen el cumplimiento de una atención con calidad, eficiencia, efectividad, lo que demanda un aporte eficaz por parte de los directivos y personal operativo. El alto porcentaje de mujeres de 25 a 64 años que se enferman o mueren por cáncer cérvico uterino.

Partiendo de las experiencias de la autora, obtenidas durante 30 años en el campo asistencial y habiendo laborado como Obstetra en el Hospital II EsSalud Tarapoto y docente universitaria, es que se propone analizar las características fundamentales de los procesos de gestión que se han desarrollado en la institución identificando en el período, los siguientes:

- El despistaje del cáncer de cuello uterino se ha realizado en el 70% de mujeres de 15 a 29 años en el 2013, cuando debió priorizarse en mujeres mayores a 25 años según norma del Minsa.
- Aun cuando ha existido disposiciones por la Dirección y responsables del programa, las limitaciones del personal han influido en que no exista una base de datos de las actividades del programa.
- Falta implementar el fluxograma de atención, guía técnica, guía de práctica clínica

para la prevención del cáncer de cuello uterino.

- No se evidencia el uso de las historias clínicas electrónica, para hacer llegar los resultados oportunos a las pacientes, falta mejorar el registro de la tecnología de la información. Actualmente no hay base de datos.
- La búsqueda de mujeres aseguradas para sensibilizarlas y educarlas para la prevención del cáncer de cuello uterino es deficiente.
- La búsqueda de mujeres aseguradas con resultado positivo a lesiones precancerosas o cáncer invasor es deficiente.
- Personal de Obstetricia con múltiples responsabilidades.
- Bajo incentivo al personal con capacitaciones, ya que para lograr las coberturas poblacionales se requiere de profesionales de la salud con competencias y habilidades que brinden servicios de tamizaje, diagnóstico, y tratamiento.
- El personal disponible son 05 médicos Gineco 05 Obstetras para las actividades del servicio de obstétrica. y 01para las actividades de detección temprana de cáncer cérvico uterino lo cual resulta totalmente insuficiente para lograr las metas.
- Demora en la entrega de resultados.
- Poca oferta de otros tamizajes en relación a la oferta del Minsa.
- Se evidencia el servicio poco organizado, con falta de recursos humanos, demostrando una gestión que no contribuye a la disminución de incidencia de cáncer cérvico uterino en población asegurada.

Esta realidad problemática recogida en el 2013 se ve reflejada en la actualidad con lo cual no se garantiza el desarrollo de las actividades planificadas en el plan anual del programa de Prevención de cáncer de cuello uterino cuyas metas son más exigentes.

En base a esta realidad se establece una necesidad importante el de proponer un Modelo de gestión Innovador para optimizar la calidad de gestión para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer cérvico-uterino en el Hospital II EsSalud Tarapoto, convirtiéndola en una herramienta capaz de promover el cambio entre la institución y su entorno basado en la teoría de Deming y las TICs.

En la construcción del modelo se infiere el problema científico del modo siguiente:

En forma de pregunta científica: ¿Cómo el Modelo de gestión innovador puede, mejorar la calidad de gestión para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer cérvicouterino en el Hospital EsSalud Tarapoto?. Período 2013

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Proponer un modelo de Gestión Innovador para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del cáncer cérvico -uterino en el Hospital EsSalud Tarapoto. Período 2013.

2.2. Objetivos específicos

- i) Evaluar la situación actual del programa de detección de cáncer de cuello uterino del Hospital II EsSalud Tarapoto.
- ii) Proponer un modelo de gestión innovador basado en el modelo de calidad Deming y TICs.
- iii) Validar el modelo de gestión innovador propuesto.

III. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

3.1. Antecedentes de la investigación

En este estudio se anotan los siguientes antecedentes relacionados con la investigación, los cuales a pesar de no coincidir con el título del presente estudio, guardan relación estructural, de forma y fondo con el tema:

A nivel internacional

Amores (2015), en su tesis doctoral sobre "La Gestión de la Innovación en las Empresas De Servicios Intensivas en Conocimiento Tecnológico (T-Kibs) De Cataluña" El Objetivo de la investigación es analizar las empresas de servicios intensivas en conocimiento tecnológico o T-Kibs (technologyTknowledge intensive business services) en Cataluña.

La presente tesis analiza datos de 45 empresas consideradas T-Kibs (empresas de servicios intensivos en conocimiento tecnológico) de Cataluña que cuentan con una mínima dimensión y actividad a lo largo de los últimos años para garantizar cierta capacidad organizativa en la empresa y trayectoria. (8)

La metodología para recoger toda la información sobre las prácticas de las empresas en gestión de la innovación y los resultados de innovación ha sido obtenida mediante entrevista con una encuesta formada por 90 preguntas sobre las prácticas de gestión de la innovación. De estas 90 preguntas sobre distintos ámbitos varias planteaban subpreguntas relacionadas que implican un total de 129 preguntas.

El cuestionario fue testeado con 5 empresas inicialmente para validar su aplicabilidad y comprensión. La versión de este cuestionario se encuentra en el capítulo anterior. Con todas las empresas inicialmente se contactó por vía telefónica o por e-mail inicialmente para explicar la motivación de la entrevista, y a posteriori se realizaron las entrevistas, todas ellas entre noviembre de 2009 y enero de 2010. En este sentido todas las preguntas sobre prácticas de gestión de la innovación se referían a las que tenían en esos momentos implantados, los datos económicos (ROA, productividad y facturación) son obtenidos vía SABI.

Conclusiones

De las correlaciones obtenidas entre variables se han seleccionado aquellas en las cuales la correlación es mayor, en su mayoría correlaciones de más de 0,55 y un máximo de 0,706 en el coeficiente de Spearman.

Las conclusiones de dichas correlaciones nos muestran que la mayoría de variables de prácticas de gestión de la innovación –indistintamente de los constructos analizados en las que se encuentran correlaciones con resultados de innovación corresponden a empresas que consiguen una mejor posición relativa con su competencia en relación al número de proyectos de innovación desarrollados en los últimos 3 años introducidos con éxito en el mercado (P82). A modo de resumen podríamos decir los mejores resultados en este indicador de output se dan en empresas:

- Que gestionan la innovación como un proceso de negocio a nivel de dirección (P1).
- Existe un sistema de indicadores para medir y evaluar los resultados del proceso de innovación (P2).
- Hay una elevada implicación del departamento de Marketing o comercial en el proceso de innovación (P13a).
- Con una mayor sistematización de la Gestión de la creatividad (P22).

Roriguez, G., Caviglia, C., Alonso, R.,Sica, L.,Segredo, S.,(2015), en su estudio sobre "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterino", realizado en Uruguay, reportaron 351 nuevos casos de cáncer de cuello uterino y 140 mujeres mueren promedio por esta causa a pesar de que disponen de un Programa de Prevención Secundaria del Cáncer de Cuello Uterino para las usuarias de la Administración de los Servicios de Salud del Estado y existen también normas estatales que obligan a los prestadores del sistema de salud privada a brindarlo sin costo a sus usuarias. No obstante ello, se comprueba un importante número de mujeres que consultan en estadios avanzados de la enfermedad, con pocas posibilidades de curación. El Objetivo: determinar los conocimientos, las actitudes, las prácticas y el estadio de la enfermedad en usuarias del Centro Hospitalario Pereira Rossell y del Hospital de Clínicas con el diagnóstico de cáncer cuello uterino invasor realizado durante el año 2009. Los Material y método: estudio observacional, descriptivo, aplicado a todas las mujeres con

diagnóstico de cáncer de cuello uterino invasor a través de una encuesta y revisión de historias clínicas, realizado entre junio de 2010 y setiembre de 2011. **Resultados:** se entrevistaron 68 pacientes, el 75% de las usuarias contestó en forma adecuada sobre la utilidad del test, el mismo porcentaje declaró que no se hacía el test por falta de motivación. En la práctica solo 13% de las pacientes se realizó el Papanicolaou por control. Las principales barreras declaradas fueron las demoras en la sala de espera y en acceder a la fecha y hora para realizarse el estudio en los servicios de salud. El 47% de los casos encuestados iniciaron su tratamiento en estadios avanzados de la enfermedad. **Conclusión:** se determina que las usuarias no asumen una conducta preventiva a pesar de tener el conocimiento adecuado. El sistema de salud debería implementar estrategias de información adecuadas para que utilicen en el momento oportuno y frecuencia recomendada los exámenes de tamizaje. (9)

Ramírez E. (2015), "Conocimientos, Actitudes y Prácticas Frente a la Toma de Papanicolaou en la Población De Mujeres Trabajadoras de la Facultad De Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de la Plata", realizó un estudio encuestando Por tanto, la muestra a recolectar es en total de 200 encuestas siendo distribuidas dentro de los dos grupos, 144 para las docentes y 56 para las administrativas o no docentes., La investigación nos muestra que el 52,5% de las mujeres encuestadas son solteras, seguidas de un 29% de mujeres casadas, frente al nivel Escolaridad el 85,5% de las mujeres ha cursado por lo menos una carrera universitaria, siendo el principal cargo desempeñado, el de Docente con una participación del 70,5%. Dentro de las profesiones se destaca las Empleadas Administrativas con un 25,5%, seguido de un 19% de profesionales en Medicina; dentro de las otras profesiones, están Estudiantes (18%), Investigador (11%), Bioquímica (10,5%), Bióloga (6.5%) y Licenciada en Comunicación Social (1%). Las mujeres encuestadas se encuentran afiliadas a salud, principalmente por Obra social (87,5%). (10)

Olivia C. y Col. (2016), "Nivel de conocimiento, actitud y práctica en la realización del examen de Papanicolaou en mujeres mayores e 15 años que asistieron al Consultorio Externo de Ginecología del Hospital San José en los meses de julio y agosto del 2015", nos hace referencia que el conocimiento sobre el examen de Papanicolaou mostró asociación estadísticamente significativa En el estudio realizado en el Hospital en Chacas, refieren que el 66,0% desconoce la importancia de la prueba de

Papanicolaou, mientras que en nuestro estudio, se observa que un 54.62% conoce de la importancia de la prueba del Papanicolaou y solo un 11.96% no la conoce. Así mismo en el estudio del Hospital de Chacas describen que el 40,0% que no sabe el lugar de donde se toma la muestra.; mientras que en nuestro estudio el 60.05% si conocen donde se toma la muestra.(11)

Malvina P. (2015), "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio Ribereño de Asunción, (Bañado Sur)" Universidad Nacional de Asunción, realizó un estudio descriptivo donde El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública en Paraguay. Objetivo: Determinar conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 Unidades de Salud Familiar (USF) de Bañado Sur-Asunción, periodo abril-octubre 2012. Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal, utilizando cuestionario estructurado autoadministrado. Resultados: La edad promedio de las encuestadas fue 42 años, la mayoría en unión libre o casadas (70%); 65% tienen educación básica y media, 56% son amas de casa. El 83% tienen seguro médico; 78% escuchó hablar sobre cáncer de cuello uterino, 74% de éstas en los centros de salud. El 10% de las encuestadas conoce el VPH y lo relaciona con la enfermedad, 90 % escuchó hablar sobre la prueba de Papanicolaou, el 27 % de ellas sabe en qué consiste; 90% de las mujeres demostró actitud favorable y 56% prácticas favorables respecto a la prevención de la enfermedad. Conclusiones: El estudio permite conocer la percepción que tiene una población de mujeres de un barrio marginal de la capital del país, respecto al cáncer de cuello uterino y el principal factor de riesgo que lo produce, a fin de incrementar la prestación de servicios de prevención de este tipo de cáncer, además de propiciar el trabajo interinstitucional e intersectorial en la prevención y control de la enfermedad en el país. (12)

A nivel nacional

Vitorino, Cristian (Perú-2017), realizó un estudio, "Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, EsSalud, Cusco, 2017" durante el periodo enero a diciembre del 2017, en 105 (35 casos y 70 controles) pacientes atendidos ya en el servicio de ginecología y oncología que cumplieron los criterios de selección con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a cáncer

de cuello uterino en las pacientes del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco EsSalud, Cusco en el año 2017. Material y métodos: Estudio no experimental, analítico, casos y controles, retrospectivo y correlacional, Se realizó una revisión de historias clínicas, se ingresó a una base de datos, se utilizó la versión SPSS 24 para el procesamiento de datos, con estadística descriptiva e inferencial básica. Resultados: El grupo etareo que predomina es el de 41 a 60 años con un 45.7%, los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino fueron el grado de instrucción no supeior con el 45.7% de casos teniendo esta variable un p=0.03, OR= 2.43, IC95% [1.03 – 5.71]; edad del primer embarazo antes de los 18 años con el 24.2% de casos, un valor de p=0.007, OR= 5.12, IC95% [1.41 – 18.52]; tener más de tres gestaciones con el 80% de los casos, un valor de p=0.001, OR= 5.03, IC95% [1.94 – 13.05]; iniciar las relaciones sexuales antes de los 18 años con el 77.1% de los casos, un valor de p=0.000, OR= 13.5, IC95% [5.05 – 36.06]; tener más de tres parejas sexuales con el 25.7% de los casos, un valor de p=0.03, OR= 3.12, IC95% [1.05 – 9.25]. Conclusiones: El grado de instrucción bajo, la edad del primer embarazo antes de los 18 años, tener más de tres gestaciones, inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años y tener más de tres parejas sexuales son factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco en el periodo del año 2017. (13)

Gutiérrez C. y Col. (Perú - 2015), realizó un estudio utilizando la base de datos de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) realizadas en los años 1996, 2000, 2004 y 2008. Las variables ingresaron al análisis bivariado y de regresión logística, para determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y de relación interpersonal y la realización del examen de Papanicolaou (PAP) en mujeres peruanas en edad fértil (MEF). Obtuvo como resultado que el 42.8%, 45.7%, 47.3% y 45.6% para los años 1996, 2000, 2004 y 2008 respectivamente, se han realizado algún PAP; el 78.3%, 85.1%, 89.8% y 91.4% respectivamente, han escuchado sobre el PAP. Durante los cuatro años analizados, el vivir en la costa y en zona urbana fueron las variables asociadas con haber escuchado sobre el PAP. Mientras que el haberse realizado algún PAP sólo estuvo asociado con el vivir en la costa, en forma consecuente durante los cuatro años analizados; se concluyó que las frecuencias de realización de PAP obtenidas son representativas de la realidad nacional. Comparadas con lo reportado por otros países de América del sur, nuestra cobertura es baja. (14).

Alvarado v. y Col. (2014), Realizaron un estudio de tipo descriptivo prospectivo donde se evaluó a 119 mujeres de 30 a 45 años usuarias del consultorio de obstetricia, obteniendo como resultado que el 52,0% tienen un nivel de conocimiento regular sobre el examen del papanicolaou, el 62,0% tienen una actitud de aceptación a este examen de papanicolaou y el 74,0 % se realizó alguna vez en su vida dicho examen. Asimismo se determinó que el 48,0% de las mujeres encuestadas no se volvieron a realizar otro examen después del primero. (15)

A nivel local

Heredia, G. (2018), en su tesis doctoral titulado"Propuesta de un modelo de gestión administrativa para el desarrollo empresarial en las empresas constructoras de los distritos de Tarapoto, Morales y la Banda de Shilcayo", el objetivo de la investigación fue: Determinar la causa principal del bajo nivel de desarrollo de las empresas constructoras de los distritos de Tarapoto, Morales y La Banda de Shilcayo.

Los Material y método, Es una investigación de tipo transversal, porque se midió una sola vez las variables en estudio, relacionadas con la Gestión Administrativa y el Desarrollo Empresarial, las cuales fueron obtenidas de la realidad del ámbito de estudio, que corresponden a las empresas constructoras de los distritos de Tarapoto, Morales y la Banda de Shilcayo, para proceder a su posterior descripción y análisis. La población estuvo delimitada en los Distritos de Tarapoto, Morales y la Banda de Shilcayo existiendo 55 empresas constructora activas hasta el 2014, según informa la SUNAT, población que se tomó para el presente trabajo de investigación.

Los resultados de la investigación fueron: El análisis individual, de la relación que se da entre la variable independiente de la Gestión Administrativa (X) y la variable dependiente del Desarrollo Empresarial (Y), es que, esta es muy significativa, ya que los resultados indican que a mayores acciones de Gestión Administrativa, las empresas constructoras de los Distritos de Tarapoto, Morales y la Banda de Shilcayo de la Provincia San Martin, obtiene un mayor Desarrollo Empresarial. Esto se pudo constatar con la Prueba de Relevancia Individual del Análisis de Regresión en el cual se obtuvo (Tc = 8.286752 > Tt = 1.7341), evidenciada por el valor del Coeficiente de correlación de dicha variable, que es significativo (GA=0.65), indicando que, el Desarrollo de las Empresas Constructoras en el tiempo, está fuertemente influenciado por las acciones realizada en la Gestión

Administrativa. Confirmando el valor de esta influencia, en el coeficiente de determinación (R 2 = 0.792316) que el 79.23 % de las variaciones en el Desarrollo Empresarial, se debe a las variaciones de la Gestión Administrativa; cuyo efecto se ratifica en la Ecuación Regresión; donde que al no realizar Gestión Administrativa el Desarrollo empresarial es negativo (- 0.217391), pero ante el incremento en la ejecución de la Gestión Administrativa en una unidad, muestra la cantidad (1.456522 GA) en que varía el Desarrollo Empresarial.

Conclusiones

Al término de esta investigación se logró caracterizar el nivel de la gestión administrativa de las empresas constructoras de los Distritos de Tarapoto, Morales y La Banda de Shilcayo de la provincia de San Martin; así, en el nivel bajo están el 40%, en un nivel medio están 30% y un 30% se encuentran en un nivel alto de ejecución.

La caracterización de la empresas constructoras por su nivel de desarrollo, es equivalente al nivel de inversión que lograron las empresas hasta la fecha, como consecuencia del uso de la gestión administrativa en sus diferentes niveles; encontrando que el 20% tiene una capacidad menor de 10 millones de soles ,50% de las empresas tienen una capacidad de inversión de 10 a 30 millones de soles, 15% tienen una capacidad entre 50 a 70 millones de soles y otro 15% tiene la capacidad mayor a 70 millones de soles. cuyo nivel de desarrollo les ubica al 20% en nivel bajo, 50% nivel medio y Un 30% en un nivel alto. (16)

Altamirano S. (2017), realizaron un proyecto en el departamento de San Martín acerca de "Principales Factores de Riesgo Para el Cáncer Cervico Uterino y Citología Cervical Uterina" y dieron los siguientes resultados: Existen varios factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino, así como para las displasias, todas no actúan de la misma forma en los diferentes grupos poblacionales, por lo que para determinada población representa un riesgo de elevada incidencia, para otra no es significativo. Las infecciones de transmisión sexual, el tabaquismo, déficit nutricional y la disminución inmunológica, que al actuar sinérgicamente podrían en un tiempo imprevisible evolucionar a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y de esta al cáncer. (17)

Del Castillo, L. (2015) realizó un estudio sobre "Factores de riesgo y lesiones premalignas de cérvix, en mujeres atendidas en el Centro de Salud Punta del Este, del Distrito de Tarapoto 2015- 2016", ha trabajado con 283 usuarias que acudieron al establecimiento en los años 2015 y 2016, realizándole el tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético

(IVAA) y Papanicolao (PAP), estudio de caso control. Del total de 71 usuarias (25.09%) resultaron positivas a lesiones premalignas, lo que hace una incidencia de 2.5 x 1000 Mujeres en edad fértil y solo un caso de cáncer insitú. La edad menor de 24 años es el único factor psicosocial asociado a lesiones premalignas. (P<0.05). Los factores con riesgo leve para la aparición de lesiones premalignas de cérvix fueron: Antecedente de dos o más abortos (OR=1.33; IC:0.54-3.27) y tener entre 3 a 4 parejas sexuales (OR=1.43; IC:0.80-2.55). El factor con riesgo moderado para la aparición de lesiones premalignas de cérvix es la práctica de coito vaginal-oral (OR=1.77; IC:0.67-4.69). Los factores con riesgo alto para la aparición de lesiones premalignas de cérvix son: edad materna mayor a 45 años (OR=2.28; IC: 0.91-5.72); gran multigesta, mayor a 5 (OR=2.30; IC:0.71-7.61); antecedente de ITS (OR=2.92; IC:1.02-8.4). Los factores con riesgo muy alto para la aparición de lesiones premalignas de cérvix son: Grado de Instrucción iletrada (OR=6.02; IC: 1.08-33.883); ocupación estudiante (OR=3.14; IC: 0.97-10.16); edad materna menor de 24 años (OR=3.42; IC:1.46-7.98) Se recomienda el uso de preservativos para evitar las ITS, que es un factor importante para cursar con lesiones premalignas de cérvix uterino.(18)

3.2. Marco teórico

3.2.1. Bases Teóricas

Gestión

Conjunto de operaciones que se realizan paras dirigir y administrar una empresa. Hace referencia a la acción y a la consecuencia de administrar o gestionar algo. Al respecto, hay que decir que gestionar es llevar a cabo diligencias que hacen posible la realización de una operación comercial o de un anhelo cualquiera. Administrar, por otra parte, abarca las ideas de gobernar, disponer dirigir, ordenar u organizar una determinada cosa o situación.

El rol de la gerencia suele tomar decisiones en función de una planificación acertada para responder a las necesidades de la organización, decisiones que deben consumir el mínimo de recursos económicos y deben maximizar los beneficios obtenidos, la correcta administración de recursos es crucial es el sector público.

El estado recauda dinero mediante los impuestos cobrados a los contribuyentes y esta recolección de recursos debe ser correspondida con bienes y servicios a la sociedad que el mercado por cualquier motivo no puede satisfacer. Así por ejemplo debe brindar educación y salud a quienes por cualquier motivo se ven privados de ella debido a sus recursos económicos escasos.

Modelo de gestión

Marco de referencia para la administración de una entidad.

Según García (2003) indica que esencialmente el gestor es un individuo que tomará diferentes caminos para asegurar el éxito de su negocio. Todos los caminos rozan el riesgo ya que cada idea puede ser buena, pero tiene que ser pensada una y otra vez antes de llevarla al entorno El éxito se traduce y relaciona con la palabra beneficios. La obtención de beneficios es fundamental para la empresa. La función del gestor hoy en día no es fácil, se desenvuelve en un mundo variable y altamente competitivo. Ivancevich, Lorenzi y Skonner (1996), presentan diferentes enfoques de gestión, sustentadas en que las organizaciones manejadas por gestores son los motores que propulsan a las tres economías mundiales dominantes: Estados Unidos, Japón y Alemania. Hoy en día los gestores dirigen y supervisan el trabajo y el rendimiento de los demás empleados que no están en el área de gestión. (19)

Enfoques de gestión:

La gestión como proceso.- ¿Ha dicho usted alguna vez: "Esta institución está mal gestionada", "La dirección es totalmente incompetente" o "La dirección está logrando éxitos en todos los aspectos"? Si es así, ¿qué significaban estas expresiones? Éstas implicaban que:

- 1) La gestión es un determinado tipo de trabajo.
- 2) Algunas veces las actividades se llevan a cabo adecuadamente, pero otras veces no. La gestión es un proceso que comprende determinadas funciones y actividades laborales que los gestores deben llevar a cabo a fin de lograr los objetivos de la empresa. En la gestión, los directivos utilizan ciertos principios que les sirven de guía en este proceso.

La gestión como **disciplina**. - Clasificar la gestión como una disciplina implica que se trata de un cuerpo acumulado de conocimientos susceptibles de aprendizaje mediante el estudio. Así pues, la gestión es una asignatura con principios, conceptos y teorías. Estudiamos la gestión para entender esos principios, conceptos y teoría y para aprender la manera de aplicarlos de la gestión.

La gestión como **carrera**. "José Cárdenas está ascendiendo rápidamente en nuestra división de mejoramiento de la calidad. Ha desempeñado ya tres cargos de dirección y ahora, tras diez años de trabajo, a ser ascendido a vicepresidente." José ha recorrido una secuencia de puestos de trabajo en su carrera profesional. Tiene una carrera de gestión. Los diferentes significados e interpretaciones del término gestión pueden interrelacionarse de este modo: las personas que quieren tener una carrera como gestores deberán estudiar la disciplina de gestión como medio para poner en práctica el proceso de gestión. Define además la gestión como el proceso emprendido por una o más personas para coordinar las actividades laborales de otras personas con la finalidad de lograr resultados de alta calidad que cualquier otra persona, trabajando solo, no podría alcanzar.

Estos mismos autores Ivancevich, Lorenzi y Skonner (1996), también indican las funciones de gestión básica.

Funciones de gestión básica. - El proceso de gestión se considera integrado, por regla general, por las funciones de gestión básica. En el proceso tradicional de gestión se identifican las funciones de planificar, organizar y controlar que se vinculan entre sí mediante la función de liderar.

La planificación determina que resultados ha de lograr la organización; la organización especifica cómo se lograrán los resultados planificados, y el control comprueba si se han logrado o no los resultados previstos.

Planificar

La función de gestión que determina los objetivos de la organización y establece las estrategias adecuadas para el logro de dichos objetivos. La función de planificar representa el coronamiento de la gestión. Las actividades de planificar determinan los objetivos de una organización y establecen las estrategias adecuadas para su consecución.

Las funciones de organizar, dirigir y controlar se derivan de la planificación en la medida en que estas funciones llevan a la práctica las decisiones de planificación. Los gestores, en todos los niveles de la organización, han de planificar. Los gestores perfilan, a través de sus planes, lo que la organización ha de llevar a cabo para lograr el éxito. Por diferentes que sean los enfoques que se dan a los planes, todos sin excepción tienen que ver con el logro de los objetivos de la organización a corto y a largo plazo. La estrategia es un concepto multidimensional que proporciona dirección, sentido de unidad y propósito a la empresa. Viene a ser como un plan maestro integrador para la organización.

La estrategia da origen a los planes que garantizan el cumplimiento de la calidad y de otros objetivos; se orienta al logro de una ventaja competitiva sostenible sobre los competidores y pretende conseguir el emparejamiento entre el ambiente externo de la empresa y sus capacidades internas. Si una empresa en competencia mejora su calidad, la estrategia de la empresa, en tal caso, deberá centrarse en una fuerza medioambiental.

Organizar

Una vez elaborados la estrategia, los objetivos y los planes para el logro de los objetivos, los gestores deberán diseñar y desarrollar una organización apta para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Así pues, la función de organizar consiste en la creación de una estructura de relaciones de trabajo y de autoridad que mejore y mantenga la calidad. La función de organizar engloba las tareas identificadas en el proceso de planificación y las asigna a determinados individuos y grupos dentro de la institución, de manera que puedan lograrse los objetivos establecidos en la planificación. Organizar implica, por tanto, la conversión de los planes en acción, da lugar a una estructura organizativa que hace que la empresa pueda funcionar eficazmente como un todo coherente para lograr objetivos de calidad. (20)

Liderar

La función de liderar, llamada algunas veces función de dirección o de motivación, supone influir en los miembros de la organización para que actúen de tal

modo que puedan lograrse los objetivos establecidos. Según Deming, los gestores han de ser los líderes que marcan el camino para mejorar la calidad de productos y servicios mediante el esfuerzo de los trabajadores.

La función de liderazgo.

Centra directamente su atención en los empleados de la organización, ya que su propósito principal es canalizar la conducta humana hacia objetivos de la organización, como el del logro de una mejor calidad. Un liderazgo efectivo es de suma importancia para la organización. Esta capacidad deberá desarrollarse especialmente en determinados niveles de gestión a medida que la competitividad global se vaya imponiendo.

Controlar

Un gestor, finalmente, debe asegurarse de que el rendimiento actual de la organización se ajusta a lo planificado. La función de controlar la gestión requiere tres elementos: 1) Normas definidas de rendimiento; 2) Información que señale las desviaciones entre el rendimiento real y las normas definidas; 3) Acción de corrección del rendimiento que no se ajuste a las normas. Es decir, la finalidad del control de la gestión es asegurar que la organización permanezca en la senda de la calidad que planeó seguir. (21)

Modelos de calidad

Modelo de Círculo de Deming

En el Circulo de Deming (2014, 1 de mayo), el ciclo de calidad, conocido como el ciclo de Deming (de Edwards Deming), también conocido como círculo PDCA (del inglés plan-do-check-ac, esto es, planificar-hacer-verificar-actuar) o espiral de mejora continua, es una estrategia de mejora continua en cuatro pasos, basada en un concepto ideado por Walter A. Shewhart. (22)

Es muy utilizado por los sistemas de gestión de la calidad (SGC – ISO 9000), medio ambiente (ISO 14000), salud y seguridad ocupacional (OHSAS 18000), o inocuidad alimentaria (ISO 22000), y los sistemas de gestión de la seguridad de la información SGSIISO 27000).

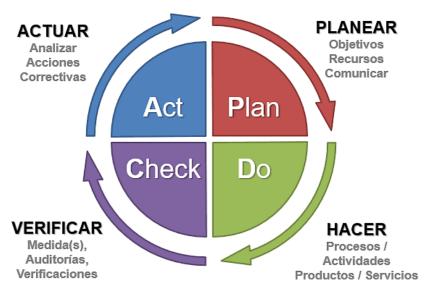


Figura 1. Círculo de Deming (Fuente: Métodos (2013)

¿Cómo implantar el ciclo PDCA en una organización? Las cuatro etapas que componen el ciclo son los siguientes:

- 1) Planificar (Plan): Se buscan las actividades susceptibles de mejora y se establecen los objetivos a alcanzar. Para buscar posibles mejoras se puede realizar grupos de trabajo, escuchar las opiniones de los trabajadores, buscar nuevas tecnologías a las que se están usando ahora.
- 2) Hacer (DO): Se realizan los cambios para implantar la mejora propuesta. Generalmente conviene hacer una prueba piloto para probar el funcionamiento antes de realizar los cambios a gran escala.
- 3) Controlar o verificar (Check): Una vez implantada la mejora, se deja un periodo de prueba para verificar su correcto funcionamiento. Si la mejora no cumple las expectativas iniciales habrá que modificarla para ajustarla a los objetivos esperados.
- 4) Actuar (Act): Por último, una vez finalizado el periodo de prueba se deben estudiar los resultados y compararlos con el funcionamiento de las actividades antes de haber sido implantada la mejora. Si los resultados son satisfactorios se implantará la mejora de forma definitiva, y si no lo son habrá que decidir si realizar cambios para ajustar los resultados o si desecharla. Una vez terminado el paso 4, se debe volver al primer paso periódicamente para estudiar nuevas mejoras a implantar.

Modelo Malcolm Baldrige.

Este modelo americano fue impulsado en la década de los 80 con el objeto de mejorar la economía de EEUU.

- El Modelo de Excelencia en la Gestión Malcolm Baldrige surgió sobre la mitad de los ochenta. Es una respuesta del gobierno de los Estados Unidos a los avances de las organizaciones japonesas. En ese momento amenazaban con dominar el mercado americano. El Modelo fue denominado de esta forma en honor al ex secretario de comercio Malcolm Baldrige. (23)
- El Modelo Baldrige se aprobó mediante la ley promulgada por el congreso de Estados Unidos. La ley fue nombrada Malcolm Baldrige national Improvement Act of 1987.
- La ley declara el interés nacional en cuanto a la mejora de la competitividad de las organizaciones y crea un marco de referencia para que mejoren.
- En el siguiente esquema se muestran las diferentes secciones del Modelo Malcolm
 Baldrige y como se relacionan entre sí.



Figura 2. Modelo Malcolm Baldrige. (Fuente: Rico 2010)

La idea principal es que el Modelo contenga en la sección "resultados", sugiere áreas de medición genéricas que deben traducirse en indicadores específicos. Deben ser medidos, analizados y mejorados de forma permanente por cada empresa.

Modelo EFQM ("European Foundation for Quality Management").

El Modelo EFQM de Excelencia, está compuesto por nueve criterios diferenciándose claramente dos partes: el grupo formado por los llamados "Agentes Facilitadores" que se refieren a lo que la hace organización y cómo lo hace, y el grupo de criterios "Resultados" que dan cuenta de los logros obtenidos por la organización respecto a todos los grupos de interés (clientes, trabajadores, sociedad) y en relación a los objetivos globales.

La premisa establecida por el modelo explica cómo los Agentes Facilitadores son los determinantes de los Resultados alcanzados. Como puede observarse, esta formulación no difiere de la clásica conceptualización de estructura, proceso y resultados propuesta por Donabedian y que resulta más familiar en los servicios sanitarios.

El planteamiento genérico de cada uno de los criterios se especifica mediante un conjunto de subcriterios, hasta completar un total de 32, que detallan su contenido. De igual forma en cada subcriterio se recogen las llamadas áreas a abordar o de interés que aclaran, a modo de ejemplo de las mejores prácticas de gestión, cuál es el significado y alcance de cada criterio.



Figura 3. Modelo EFQM ("European Foundation for Quality Management") (Fuente: Madrid - 1999).

El modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión

Implantado en 1999 por la Fundación Iberoamericana para la Gestión de Calidad (FUNDIBEQ).

- El Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión es creado por FUNDIBEQ en 1999. Ese mismo año se publican las Bases de la primera edición del Premio Iberoamericano de la Calidad.
- Este Modelo se desarrolló en 1999 para ser aplicado a cualquier organización pública y privada y de cualquier sector de actividad o tamaño, que deseen proseguir en el camino de la Excelencia.
- Su objetivo es la evaluación de la gestión de las organizaciones, identificando sus puntos fuertes y áreas de mejoras que sirvan para establecer planes de progreso y también sirva como información para el desarrollo y la planificación estratégica.
- El Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión es el documento de referencia para la concesión del Premio Iberoamericano a la Calidad e incluye; el Método de Evaluación, la hoja REDER y un Glosario Iberoamericano de términos de Calidad y Excelencia. (24)



Figura 4. Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión (Fuente: 1999)

• Innovación tecnológica.

Según Spri (2019), ¿Qué es innovación tecnológica? De una forma esquemática la innovación se traduce en los siguientes hechos:

- Renovación y ampliación de la gama de productos y servicios.
- Renovación y ampliación de los procesos productivos
- Cambios en la organización y en la gestión
- Cambios en las calificaciones de los profesionales.

Tres características de la innovación:

- La innovación no está restringida a la creación de nuevos procesos
- La innovación no está restringida a desarrollos tecnológicos.
- La innovación no está restringida a ideas revolucionarias. (25)

3.2.2. Satisfacción del usuario

(Sarria & Villar, 2014). Se entiende por satisfacción a la percepción que una persona tiene que alcanzar de forma adecuada un deseo o necesidad subjetiva. Se trata de una construcción que está íntimamente relacionada con las expectativas y se puede plantear en diversos grados:

- Lo ideal
- Lo que uno se merece
- Lo que se ha recibido en experiencias
- Mínimo aceptable

3.2.3. Calidad

(García, 2009). Diferentes autores han definido la calidad según sus características por ejemplo la OMS establece algunas variables que deben poseer los servicios de salud:

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

"La calidad de los servicios de salud es el desempeño apropiado acorde con las normas de intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la incapacidad y la desnutrición".

Cáncer cervical: El crecimiento de este tumor puede detectarse precozmente mediante el examen microscópico periódico de las células procedentes

Papiloma virus humanos (PVH) es el factor contribuyente más importante para las lesiones de cáncer cervical.

Medidas preventivas relacionadas con PVH:

- Educación sobre la sexualidad
- Circuncisión masculina
- Modificación del comportamiento sexual, sexo seguro
- Abstinencia,
- Monogamia,
- .Uuso de preservativos
- Mejoramiento de los hábitos higiénicos

Vacunas: Las pruebas de una relación de causa entre PVH y cáncer son tan sólidas que la creación de la vacuna es el tema predominante en la prevención. (26)

Prevención primaria

El PVH es el factor contribuyente más importante. Medidas preventivas relacionadas con PVH: Educación sobre la sexualidad

Circuncisión masculina

Modificación del comportamiento sexual, sexo seguro: Abstinencia, monogamia, uso de preservativos, etc.

Mejoramiento de los hábitos higiénicos

VACUNAS: Las pruebas de una relación de causa entre PVH y cáncer son tan sólida que la creación de la vacuna es el tema predominante en la prevención.

(70% de los casos de CACU por HPV 16 y 18)

Prevención secundaria

Prevención secundaria del cáncer de cuello uterino consiste en evaluar mujeres asintomáticas si tienen lesiones precancerosas tempranas y fácilmente tratables (tamizaje). Si se detectan lesiones, debe proporcionarse tratamiento antes de que evolucionen a cáncer. A pesar de que la prueba de Papanicolaou es un método de

tamizaje adecuado para detectar lesiones precancerosas, se han investigado también otros enfoques de tamizaje para mujeres en riesgo de desarrollar cáncer del cuello uterino. Entre ellos, el examen visual con ácido acético (IVAA), la prueba del VPH (Captura Hibrida) y el tamizaje citológico automatizad

Factores de Riesgo.

- Promiscuidad de la pareja.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Multiparidad.

Otras ITS o infecciones crónicas.

- Consumo de tabaco.
- Uso de anticonceptivos orales.
- Inmunodeficiencia.
- Ser mayor de 25 años.
- Inicio temprano de las relaciones sexuales (antes de los 19 años).
- Contactos con múltiples parejas o compañeros sexuales con múltiples parejas.
- Multiparidad (más de 4 partos).
- Embarazo temprano (antes de los 18 años).
- Infección cervical por virus del papiloma humano (VPH).
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Tabaquismo.
- Deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E.
- Nunca haberse practicado estudio citológico. (27)

Papanicolaou

Abanto (2016) La prueba de Papanicolaou (llamada así en honor de George Papanicolaou), también llamada citología exfoliativa, se realiza para detectar células pre cancerosas de cérvix.

El objetivo de esta prueba consiste en encontrar los cambios de las células del cuello que son precursoras del cáncer, antes de que empiecen a causar síntomas y permitiendo que los tratamientos sean eficaces. (28)

3.3. Definición de términos básicos

- **Diseño**: Se define como el proceso previo de configuración mental, "prefiguración", en la búsqueda de una solución en cualquier campo. Diseño (2015).
- Eficacia: Es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción. Analizan los resultados obtenidos en situaciones controladas o experimentales. La eficacia muestra el nivel de cumplimiento de las metas de mediación que se traza con situaciones óptimas, excelentes o laboratorio.
- **Efectividad**: Se habla cuando se miden los resultados alcanzados en la población que realmente recibe la intervención.
- Eficiencia: Es la capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir lo que queremos determinadamente. Es la correlación que existe entre los efectos aprehendidos y recursos manipulados. La eficiencia obedece de la eficacia, de la efectividad, es un concepto relativo, pero fácilmente identificable de forma intuitiva.
- **Gestión:** "Es el proceso emprendido por una o más personas para coordinar las actividades laborales de otras personas con la finalidad de lograr resultados de alta calidad que cualquier otra persona, trabajando sola, no podría alcanzar" (D.La Hoz K.2014).
 - Gabriel Manfugaz define "La gestión administrativa o dirección de recursos humanos, es un proceso continuo para mantener en la organización a la gente adecuada, en las posiciones adecuadas, en el momento adecuado. Es un sistema integrado por los siguientes elementos (componentes o subsistemas) planeación de necesidades, análisis y diseño de puesto, reclutamiento, selección y preparación inicial, formación y desarrollo, organización y condiciones de trabajo, evaluación del desempeñp, atención, retribución, reconocimiento, control, evaluación y auditoría del sistema.
- **Innovación**: Es un cambio que introduce novedades que se refiere a modificar elementos ya existentes con el fin de mejorarlas o renovarlos. Innovación (2018).
- Modelo: Carlos Alvarez, define este término como..."Una representación de un objeto real, que en el plano abstracto, el hombre concibe para caracterizarlo y poder sobre esa base darle solución a un problema planteado, es decir satisfacer una necesidad" Valcarcel N, 2008.,Pp4)

Modelo es una representación de la realidad que permite detectar y analizar nuevas relaciones y características del objeto de estudio.

- Programa: Es una expresión que permite identificar al conjunto de acciones que se organizan con el propósito de mejorar las condiciones de vida en una determinada región. Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2008.
- Calidad: Calidad es un concepto subjetivo. La calidad está relacionada con las percepciones de cada individuo para comparar una cosa con cualquier otra de su misma especie, y diversos factores como la cultura, el producto o servicio,
- Tecnología de la información: es la aplicación de ordenadores y equipos de telecomunicación para almacenar, recuperar, transmitir y manipular datos, con frecuencia utilizado en el contexto de los negocios u otras empresas.
- Prevención: La prevención, por la tanto, es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo. El objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete.
- Prevención primaria: todas aquellas actividades o acciones de promoción, educación o fomento de la salud, así como las de protección específica para la prevención de las enfermedades.
- Prevención secundaria: se refiere a todas aquellas actividades o acciones que están encaminadas a lograr el diagnóstico y tratamiento temprano con el fin de limitar los daños a la salud.
- PAP: Examen de citología exfoliativa con técnica de Papanicolaou.

Vacuna contra virus del Papiloma Humano {VPH): Es una vacuna contra ciertas variedades de enfermedades de transmisión sexual del VPH, asociado con el desarrollo del cáncer cervical (o cáncer del cuello del útero)

VPH: Virus del Papiloma humano, agente relacionado a la presencia de cáncer de cuello uterino.

Método Delphi. Según Reguant-Álvarez, M. y Torrado-Fonseca, M. (2016), es fácil de explicar la difusión del método Delphi porque este consiste en una técnica de

obtención de información, basada en la consulta a expertos de un área, con el fin de obtener la opinión de consenso más fiable del grupo consultado. Estos expertos son sometidos individualmente a una serie de cuestionarios en profundidad que se intercalan con retroalimentación de lo expresado por el grupo y que, partiendo de una exploración abierta, tras las sucesivas devoluciones, producen una opinión que representa al grupo. Utilidad, usos y aplicaciones.

IV. MODELO DE GESTIÓN INNOVADOR

Modelo de gestión innovador para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer cérvico - uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto.

Se diseñó una propuesta de modelo de gestión innovador para fortalecer la prevención y control del cáncer de cuello uterino para mejorar la gestión y prevenir el cáncer de cuello uterino, en el marco de las líneas de investigación priorizadas en la Escuela de Pos Grado) de la Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto (UNSM-T), socio diversidad y la modernización de los procesos de gestión.

El modelo de gestión innovador, está planteado en relación directa con las actividades propias de los procesos básicos de gestión: planificar, organizar y controlar; tomando como marco de referencia el enfoque basado en el círculo de Deming (calidad) compuesto por cuatro etapas cíclicas, donde las actividades son evaluadas periódicamente para incorporar nuevas mejoras; así como el enfoque de la gestión por procesos, la innovación que brinda el uso de la Tecnología de la Información y Comunicaciones (TICs), donde se implementan los cambios de forma progresiva orientados a aumentar la funcionalidad y las prestaciones de los servicios de salud.

El éxito del modelo de gestión innovador es de carácter voluntario y de autoevaluación, requiere de principios relacionados a la mejora continua y la innovación incremental (basado en el uso de la tecnología de la información y comunicaciones). Por lo que, el modelo de gestión innovado pretende ser el marco de referencia para el fortalecimiento de la prevención y control del programa de detección del cáncer de cuello uterino.

4.1. Objetivo

Proponer un modelo de gestión innovador para fortalecer la prevención y control del cáncer cérvico-uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto.

4.2. Componentes del modelo

El modelo de gestión innovado propuesto, tiene cuatro componentes llamados etapas y como herramienta de competitividad e innovación incremental el uso de la TICs, como se muestra en la figura 5.

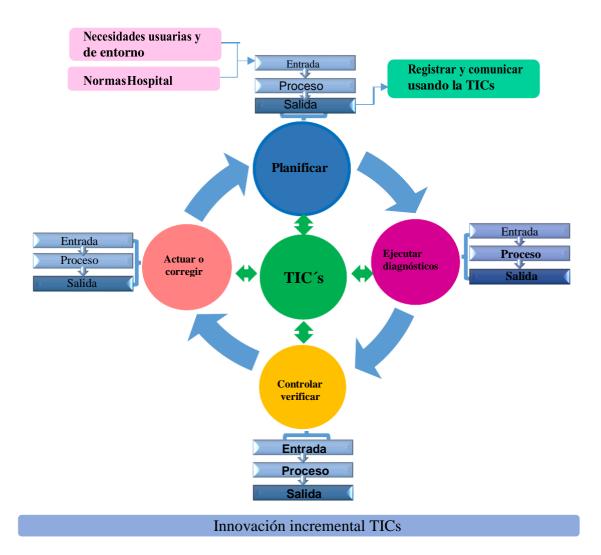


Figura 5. Modelo de gestión innovador innovador para fortalecer la prevención y control del cáncer cérvico-uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto

En todas las etapas del modelo de gestión innovador (planificar, ejecutar diagnósticos, controlar o verificar y actuar o corregir) se debe aplicar la TICs, dando valor a las actividades del programa de prevención del cáncer de cuello uterino.

Etapa I: Planificar

Bernal (2013) sostiene que las actividades son evaluadas periódicamente para incorporar nuevas mejoras. Por lo que, en esta etapa se hacen los ajustes a las actividades en curso o se formula nuevas actividades, estableciendo mejoras continuas a alcanzar. Para lo cual se debe buscar el cumplimiento de los compromisos y participación de los stakeholders (Directivos de la gerencia central de prestaciones de salud, Director de la Red

Asistencial Tarapoto, Jefe del Departamento de cirugía, Ginecólogos, Obstetras, Tecnólogos médicos, usuarias)

Toda la información generada debe ser registrado y comunicado usando la TICs.

Etapa II: Ejecutar Diagnósticos

En esta etapa se requiere conocer las necesidades del programa, de las usuarias, estimular al grupo involucrado para desarrollar las actividades y objetivos de mejora, con estrategias adecuadas de organización y comunicación, usando la TICs.

Etapa III: Controlar o verificar

De acuerdo a lo que sostiene Bernal (2013) en el círculo de Deming, que una vez implantada la mejora, se deja un periodo de prueba para verificar su correcto funcionamiento. En esta etapa, a la mejora implantada en un periodo determinado de funcionamiento, se hace la prueba o verificación de cumplimiento, estudiando los resultados y comparándolos el funcionamiento de las actividades antes de la mejora, y si no se está cumpliendo con eficiencia, eficacia y efectividad las expectativas iniciales se tiene que hacer los ajustes correspondientes.

Etapa IV: Actuar o corregir

En esta etapa después de realizado las pruebas y con los resultados favorables se debe socializar, actuar o corregir.

Finalmente, se hace la retroalimentación. Si los resultados no son favorables, se debe volver a la primera etapa periódicamente para estudiar nuevas mejoras conociendo las necesidades diagnosticadas.

Tecnología de la información y comunicaciones

Según Euskalit (2018) en modelo de gestión avanzada, explica como una organización debería disponer de la información necesaria y con ella realizar procesos de reflexión participativos con los que establece una estrategia que posteriormente sea debidamente delegada y comunicada y al servicio de la cual se gestionen los recursos

económicos- financieros, la tecnología y la información. Por lo que, la TIC, para la gestión de los procesos se constituye en una herramienta indispensable para garantizar la competitividad y optimización de las etapas que lo conforman.

La TIC como soporte del modelo de gestión innovador permite tomar decisiones más acertadas al éxito, con la información veraz y al alcance de todos.

Esta novedad garantiza el crecimiento vertiginoso de la TIC que constituye la base para garantizar el fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer Cérvico - Uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto. Corresponde a los funcionarios y responsables del programa considerar a la TIC como uno de los activos más importantes, no un gasto, sino una inversión.

4.3. Funcionamiento del modelo de gestión innovador

El modelo de gestión innovador para el fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer Cérvico - Uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto funciona en forma cíclica. Un ciclo de funcionamiento sería: inicia en la etapa planificar, luego pasa a la etapa ejecutar diagnóstico, continúa en la etapa controlar o verificar y termina en la etapa actuar o corregir. Después, para otro periodo de funcionamiento, regresa a iniciar un nuevo ciclo, y así sucesivamente. El periodo de funcionamiento lo establece la dirección del Hospital II EsSalud-Tarapoto.

El funcionamiento del modelo de gestión innovado para el fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer Cérvico - Uterino.en el Hospital II EsSalud-Tarapoto, en teoría propone evaluar cíclicamente las actividades e incorporar periódicamente nuevas mejoras, utilizando la TICs como soporte a la gestión e innovación incremental. De tal forma que acabada la cuarta etapa debe volver a la primera etapa, y así sucesivamente. Cada etapa del modelo de gestión innovado se organiza y funciona como un sistema de retroalimentación en tres fases: entrada (datos con los que contamos), proceso (formas con la que vamos a transformar los datos de entrada) y salida (datos resultado o solución de la transformación), relacionada a las actividades y objetivos a alcanzar.

Toda la información ingresada y generada en cada etapa del ciclo de gestión innovado, es almacenada y difundida (internamente o externamente), de acuerdo a las condiciones de relevancia y aprobación por parte de los responsables de cada actividad. Para ello se usa la TICs.

El funcionamiento del modelo de gestión innovado por etapa y su respectiva interrelación con la TICs, se realiza de la siguiente manera:

En la etapa I, la entrada para la etapa de planificar, se trazan objetivos, estrategias, actividades dagnosticada, se hacen los ajustes con la participación y compromiso de los stakeholders para obtener las actividades mejoradas, tal como se muestra en la Tabla1.

Tabla 1. Funcionamiento de la etapa planificar

Entrada	Proceso	Salida
Objetivos,	Ajustes a las actividades	Resultado mejoradas
Estrategias		Proyectar nuevas
Diagnostico		actividades
Actividades nuevas		
Necesidades de las		
usuarias		

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la interrelación de la etapa de planificar con la TICs, la entrada son los objetivos, estrategias, datos de las actividades nuevas o actividades diagnosticadas y necesidades de las usuarias. Se almacenan y procesan todos los datos de entrada y como resultado se publica resultados mejoradas relacionada a los objetivos planteados, tal como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Interrelación entre la etapa de planificar con las TIC's

Entrada	Proceso	Salida
Objetivos, estrategias,	Almacenamiento de los	Información de las
Información de las	datos requeridos	actividades mejoradas
actividades	Procesamiento de los datos	a los objetivos
diagnosticadas	de las actividades	planteados.
información de las		
nuevas actividades		
Información de		
necesidades de las		
usuarias.		

Fuente: Elaboración propia.

En la etapa II, la entrada para ejecutar los diagnósticos son las actividades mejoradas, las normas del. Hospital II EsSalud-Tarapoto y los objetivos a alcanzar, se procesan los cambios con los recursos necesarios y se implanta las mejoras. Para ello, hay que organizar a los stakeholders, comunicándolos y estimulándolos. El resultado es el informe de la ejecución del diagnóstico, tal como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Funcionamiento de la etapa ejecución de los diagnósticos

Entrada	Proceso	Salida
Actividades mejoradas	Realizar cambios	Informe del
Directivas, Normas	para implantar la	proceso de
institucionales del Hospital	mejora	ejecución de los
II EsSalud		diagnósticos.
Nuevas actividades		

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la interrelación de la ejecución de diagnósticos con la TICs, la entrada son los datos de las actividades mejoradas, normas del Hospital II EsSalud y objetivos a alcanzar. Se almacenan y procesan todos los datos de entrada y los resultados se publican la información sobre el diagnóstico y la ejecución respectiva, se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Interrelación entre la etapa de ejecutar los diagnósticos.

Entrada	Proceso	Salida
información de las	Almacenamiento de los	Información de las
actividades diagnosticadas	datos requeridos	actividades mejoradas
Información de las nuevas	Procesamiento de los datos	relacionado a los
actividades	de las actividades en	objetivos planteados
directivas, Normas de	función de las normas del	
EsSalud	Hospital EsSalud	

Fuente Elaboración propia.

En la etapa III, la entrada para la etapa de verificar o controlar, es el informe de la ejecución de diagnósticos, actividades a realizar y los objetivos a alcanzar, se procesa la

prueba de cumplimiento de los objetivos a alcanzar durante el periodo establecido, si se logró un nivel de eficiencia, eficacia y efectividad aceptable se publica los resultados alcanzados, caso contrario se publica la lista de actividades pendientes. También se publica la lista de objetivos cumplidos y la lista de actividades observadas, se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Funcionamiento de la etapa controlar o verificar

Entrada	Proceso	Salida
Informe de la ejecución de	Realizar prueba de	Informe de logros. Lista
diagnósticos	cumplimiento de	de objetivos cumplidos
Objetivos a alcanzar	objetivos a	Lista de actividades
Actividades realizadas	alcanzar	observados

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la interrelación de la etapa III de controlar o verificar con la TICs, la entrada son los datos de la ejecución de los diagnósticos, datos de los objetivos a alcanzar y datos de las actividades realizadas. Se almacenan y procesan todos los datos de entrada para probar el cumplimiento de las actividades realizadas por cada objetivo a alcanzar, como resultado se publica información de las actividades realizadas y logros alcanzados y la lista.

Tabla 6. Interrelación entre la etapa de controlar o verificar con la TICs

ento y Información de las
to de actividades realizadas y
a logros alcanzados
Información de objetivos
o de cumplidos
o a Información de
actividades observadas.

Fuente: Elaboración propia.

En la etapa IV, la entrada para actuar o corregir incidencias presentadas, es el informe de las actividades realizadas y logros alcanzados, se actúa en la difusión de los logros y se corrige las actividades observadas. Al final de la etapa se cuenta con las actividades

observadas, las nuevas actividades y las necesidades del cliente, para luego reiniciar desde la primera etapa, se muestra en la tabla 7.

Tabla 7. Funcionamiento de la etapa actuar

Entrada	Proceso	Salida
Información de la ejecución	Almacenamiento y	Información de las
de los diagnósticos	procesamiento de los	actividades realizadas y
Información de los objetivos	datos para probar el	logros alcanzados
a alcanzar Información de	cumplimiento de	Información de objetivos
las actividades realizadas	cada objetivo a	cumplidos
	alcanzar	Información de
		actividades observadas.

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la interrelación de la etapa actuar o corregir con la TICs, la entrada es el informe de actividades realizadas y logros alcanzados. Se almacenan y procesan todos los datos de entrada y se realiza la publicación en redes sociales, medios publicitarios (radio, televisión), se indica en la tabla 8.

Tabla 8. Funcionamiento de la etapa actuar

Entrada	Proceso	Salida
Información de los	Almacenamiento y	Información de las
diagnósticos a ejecutar	procesamiento de los	actividades realizadas y
Información de los	datos requerido para	logros alcanzados
objetivos a alcanzar	probar el	Información de objetivos
Información de las	cumplimiento de los	cumplidos
actividades realizadas	objetivos a alcanzar	Información de
		actividades observadas.

Fuente: Elaboración propia.

4.4. Caracterización de los procesos del programa de prevención y promoción de la salud

El programa de prevención y promoción de la salud son todas aquellas actividades que proporcionan a la comunidad los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

El programa de prevención y control del cáncer de cuello uterino aborda varios aspectos: la cobertura y la calidad de los servicios de tamizaje y detección temprana, la disponibilidad de diagnóstico, tratamiento y seguimiento rápidos, fiables y asequibles. Contar con infraestructura de apoyo como servicios de orientación y sistemas de información para mejorar la calidad de la atención y facilitar la gestión eficaz de pacientes y programas.

Las usuarias deben contar con: registro de historia clínica y documentos solicitados para la atención en salud.

Los documentos de gestión que debe tener el programa son:

- Plan estratégico institucional
- Plan Operativo 2013
- Plan maestro de detección de cáncer cérvico uterino
- Plan del programa de prevención
- Lineamientos de políticas del programa

En todas ellas existen actividades que realizar, registradas según consta en los formatos de documentos de gestión.

El perfil de los profesionales de salud para constituir el éxito del programa o formar parte de ello, debe ser inicialmente con un alto grado o nivel de motivación, conocimiento, comprometido con la institución y de vocación al servicio de la comunidad.

4.5. Cómo implantar el modelo de gestión innovador

El modelo de gestión innovado requiere que la dirección y responsables de los programas de prevención del cáncer cérvico, comprendan que debemos hacer para lograr la misión de la institución, como un ente dinámico que se retroalimenta del interior y del exterior, todas las actividades, estas funciones deben estar respaldados por un conjunto de elementos interdependientes e interconectados que buscan el mismo objetivo, con valores y principios.

Poniendo en práctica, una cultura de calidad., despertar la conciencia de una mejora continua. Con atención centrada en las personas, buen nivel de compromiso y participación en las Actividades, buen nivel de comunicación, valoración de la

información, buen nivel de conocimiento de la TICs, ly conocimiento de las normas vigentes institucionales.

En la tabla se presenta la estructura funcional del equipo de trabajo integrado por el personal interno o externo conocedores de:

Tabla 9. Funciones principales del equipo de trabajo

Estructura del modelo de gestión innovado	Funciones	Estructura Funcional
Coordinador General	Coordinar, administrar y supervisar la implantación del modelo de gestión innovado	Gerente central de prestaciones de salud, Director de Red asistencial
Responsable del programa Obstetras Ginecólogo, tecnólogo médico	 Liderar la administración y monitoriza los procesos de atención Supervisa los equipos responsables de la prevención, detección precoz y maejo de lesiones precancer de cérvix 	Jefe de Dpto. Coordinador
Personal involucrado en la actividad	 Promover la calidad de atención Influenciar positivamente en los ajustes de las actividades del programa de prevención. Acción de IEC en salud en actividades intra y extra mural Participar en todas las reuniones de la actividad involucrado 	Personal Operativo

Fuente: Elaboración propia

Dependiendo de la cantidad de colaboradores internos disponible, los directivos de alto nivel del hospital deben liderar la implantación y los involucrados pueden ser externos o personal contratado para conformar el grupo de trabajo y en número adecuado para cumplir metas.

En cuanto a las acciones a desarrollar para la implantación del modelo de gestión innovado se considera lo siguiente:

- Presentación del modelo de gestión innovado.
- Capacitación en el modelo de gestión innovado.

- Recabar información de situación actual de la gestión del sistema de salud para la realización de la detección temprana del cáncer de cuello uterino en EsSalud.
- Recabar necesidades de los usuarios
- Identificar actividades y objetivos.
- Realizar cambios a actividades y objetivos observados en el Programa de Prevención.
- Registrar actividades usando TIC.
- De lo anterior, las acciones deben ejecutarse de acuerdo al método de trabajo más efectivo, como:
- · Conferencias.
- Talleres.
- Reuniones de trabajo.
- Comunicar resultados de las acciones utilizando TIC (redes sociales, internet)

4.6. Estructura mínima del contenido de documentos de gestión

5.7.1. Estructura mínima del Plan Estratégico.

Según el CEPLAN (2018), la estructura del Plan Estratégico Institucional tiene el siguiente contenido mínimo:

- 1. Declaración de Política Institucional
- 2. Misión Institucional
- 3. Objetivos Estratégicos Institucionales (con indicadores)
- 4. Acciones Estratégicos Institucionales (con indicadores)
- 5. Ruta Estratégica
- 6. Anexos
 - Matriz de Articulación de planes
 - Matriz del Plan Estratégico Institucional
 - Ficha Técnica de Indicadores
- **5.7.2.** Estructura e Indicadores de gestión del programa de prevención y control del cáncer cérvico uterino de EsSalud.

Indicadores de Proceso:

Proceso de Promoción

Cobertura de actividades en prevención:

Primaria: orientación en factores de riesgo, importancia de la vacuna contra el VPH, fortalecer el nivel de conocimiento en la prevención del cáncer de cérvix.

Secundaria: El tamizaje se realiza en pacientes de 25 a 64 años, o después de 3 años de inicio de actividad sexual.

Cobertura de actividades en población objetivo.

Proceso de Detección

Cobertura de detección de cáncer cérvico uterino

Cobertura de la detección en población objetivo por primera vez Porcentaje de la población fuera de la población objetivo tamizada Porcentaje de láminas de PAP respondidas oportunamente

Porcentaje de concordancia de la IVAA positiva con la histología en pacientes de 30 a 50 años.

Proceso de Diagnóstico

% de mujeres con PAP y/o IVAA positivo con estudio histopatológico

Proceso de Tratamiento

% de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC II-III, tratadas % de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC I persistente tratadas

Proceso de Seguimiento

% de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC I controladas

% de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC II-III controladas post tratamiento

Indicadores de Resultado:

% de mujeres con PAP y/o IVAA positivo en la población tamizada% de mujeres con NIC I, II y III en la población tamizada.

Indicadores de Impacto

Tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino en población femenina. Tasa de mortalidad por cáncer del cuello uterino en población femenina.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

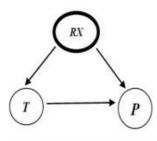
5.1. Tipo de estudio

El estudio corresponde al tipo de investigación aplicada - propositiva, porque se busca a través de la descripción de la información, conocer cómo se desarrolla el programa de prevención y control de cáncer cérvico uterino del Hospital II EsSalud Tarapoto, Período 2013. Con la finalidad de evaluar la gestión desarrollada y plantear una propuesta de mejora para lograr metas efectivas.

La investigación realizada pertenece al nivel descriptivo – propositivo porque se aplicó instrumentos que permitieron levantar información y diseñar la propuesta de mejora de la gestión.

5.2. Diseño de investigación

El diseño de la investigación es propositivo, no experimental, porque se elaboró una propuesta teórica de modelo de gestión para prevenir y controlar el cáncer cérvico- uterino, cuyo diseño es el siguiente:



Donde:

Rx = Diagnóstico de la realidad

T = Estudios teóricos

P = Propuesta

5.3. Universo, población y muestra

El universo en la cual se ejecutó la presente investigación, estuvo conformado por todas las usuarias atendidas en el Programa de despistaje de cáncer cérvico uterino del Hospital II EsSalud – Tarapoto, programadas 2300 mujeres en el año 2013, mensual 191,

y fueron encuestadas 58.

La muestra estudiada estuvo constituida por 58 usuarias de atención de despistaje de detección de cáncer cérvico uterino del hospital II EsSalud, el cual se calculó con la fórmula de muestreo para poblaciones finitas, de la siguiente manera:

$$n = \frac{Z_{(\alpha/2)p.q.N}^2}{Z_{(\alpha/2)p.q+\varepsilon^2(N-1)}^2}$$

Donde:

 $Z(\alpha/2)$ =Es un valor obtenido de la tabla de la distribución normal.

 α = Es el error de muestreo o error que se puede cometer al tomar los elementos que conforman la muestra.

p = Es la proporción muestral de éxito.

q = 1 - p = Es la proporción muestral de fracaso.

n = Tamaño de la muestra.

N= Tamaño de la población.

ε = Es el error de precisión, que vienen a ser la diferencia que se asume que existe entre la proporción muestral y la proporción poblacional de éxito.

Para la aplicación de la fórmula se puede considerar un margen de error ϵ del 5%, y los valores correspondientes de $Z_{\alpha/2} = Z_{0.025} = 1.96$

Se tiene:

N = 5,308

Z = 1.96

p = 0.96 (96%, que darían la información esperada)

q = 0.04 (4%, que no darían la información

esperada) $\varepsilon = 5\%$

Aplicando la fórmula:

$$n = \frac{1.96^2 * 0.96 * 0.04 * 5308}{1.96^2 * 0.96 * 0.04 + 0.05^2 * 5307} = 58.37 \approx 58$$

$$n = 58$$

En conclusión, la muestra definitiva fue 58 pacientes usuarias.

44

Criterio de Inclusión

Pacientes del programa de prevención del cáncer cérvico uterino del hospital EsSalud

Tarapoto, y que aceptó participar en el presente trabajo de investigación.

Criterio de exclusión

• Paciente usuaria del programa de prevención del cáncer cérvico uterino del hospital

EsSalud Tarapoto, que no aceptó participar en el presente trabajo de investigación.

• Menores de edad y que no contaron con autorización de sus respectivos padres.

5.4. Procedimiento

Se solicitó al director del establecimiento, al responsable de la oficina de

capacitación y a los responsable del programa de despistaje de cáncer cérvico

uterino, la autorización de ingreso y revisión del Plan Operativo,, Plan

estratégico, libro de registro de pacientes, libro de registro citológico, del

hospital II EsSalud Tarapoto, del año 2013.

- Se programó en coordinación con la jefatura del establecimiento la

socialización del estudio a todo el equipo de gestión del Hospital II EsSalud

Tarapoto para dar a conocer los beneficios que tendría la presente investigación.

Se procedió a la revisión de la información requerida durante el periodo de

estudio en el libro de atenciones del programa de prevención del cáncer cérvico

del hospital EsSalud Tarapoto.

Se aplicó la encuesta elaborada por el autor a los pacientes seleccionados

durante el período del estudio.

Se tabuló y analizó los datos obtenidos a través de métodos estadísticos

computarizados.

Se obtuvieron resultados tanto de nivel descripto e inferencial, las cuales

fueron discutidos en el informe de investigación

5.5. Técnicas e instrumento de recolección de datos

Técnica: Observación sistematizada a la población en estudio.

Instrumento de recolección de datos: Para la recolección de datos se ha empleado una lista de cotejo elaborado por la autora, basada en los indicadores de gestión de la prevención y control del cáncer cérvico uterino de EsSalud y para evaluar el modelo de gestión se aplicó la técnica de encuesta y para evaluar la satisfacción de las usuarias sobre la atención recibida se aplicó la técnica de encuesta y el instrumento cuestionario adaptado por la autora.

5.6. Plan de Tabulación y análisis de datos

Para el análisis de resultados se utilizó la estadística descriptiva, como las medidas de tendencia central (media aritmética, frecuencia, porcentaje, desviación stàndar). Los resultados se presentan en cuadros y gráficos con sus respectivas interpretaciones.

5.7. Aspectos éticos

Consideraciones éticas: la participación de las mujeres encuestadas fue en forma anónima y voluntaria, previa explicación del estudio. Se solicitó el consentimiento verbal. Se respetó la decisión de las mujeres que no desearon iniciar o proseguir con la encuesta y se aseguró la confidencialidad de las informaciones obtenidas. Una vez finalizada la entrevista las encuestadoras proporcionaron información educativa respondiendo a las interrogantes surgidas.

VI. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación, los mismos que fueron procesados en tablas y gráficos para el análisis.

Para probar el objetivo específico 1, se realizó el diagnóstico del programa para la prevención y control del cáncer cérvico – uterino, se encuestaron a 58 usuarias que se han realizado el examen de Papanicolaou de Cérvix Uterino en el período 2013 y de acuerdo a la operacionalización de variables (ver anexo A), se obtuvo los resultados que se muestran en el anexo C: Tabla 11, se validó el instrumento estadístico a través de la encuesta, con la Prueba de fiabilidad Alfa de Cronbach (ver Anexo D), se obtuvo el resultado de la variable independiente modelo de gestión $\alpha = 0.842$ y para la variable dependiente $\alpha = 0.886$; resultados que deciden que el instrumento para la recolección de los datos es válido y confiable puesto que su correlación para ambas variables se aproxima a 1.

Para la variable independiente, los resultados indica el porcentaje por cada dimensión y preguntas respectivas:

6.1. Resultados de la dimensión planificar

6.1.1. Compromiso del personal en la planificación

En la Figura 6, observamos que el 50% de los responsables del programa que fueron encuestadas califican de regular el compromiso del personal en la planificación.

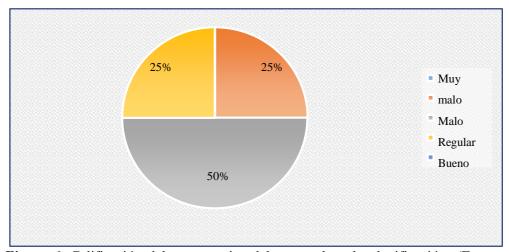


Figura 6. Calificación del compromiso del personal en la planificación. (Fuente: Elaboración propia)

6.1.2. Calificación del nivel de participación de los responsables del programa.

La Figura 7, muestra que el 87.5% de los encuestados califican de regular el nivel de participación del personal.

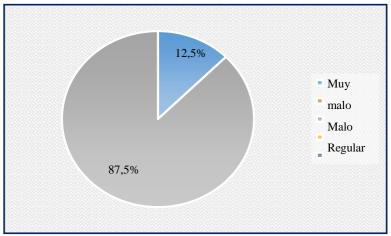


Figura 7. Calificación del nivel de participación del personal en la planificación. (Fuente: Elaboración propia).

6.1.3. Calificación a los planes existentes? Plan estratégico institucional 201, plan operativo 2013, Lineamientos de políticas del programa de Despistaje de cáncer cérvico uterino.

La Figura 8, muestra que el 50% de los encuestados califican de regular a los planes existentes, porque no se socializa.

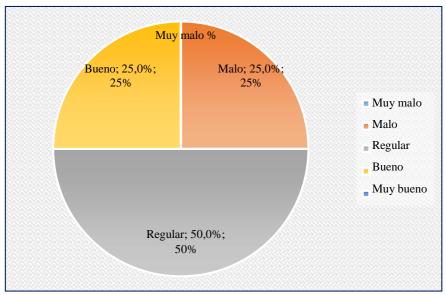


Figura 8. Calificación de los planes existentes. (Fuente: Elaboración propia).

6.2. Resultados de la dimensión ejecución

6.2.1. Calificación a la cobertura de actividades

La Figura 9, muestra que el 37.5% de los encuestados califican como regular a la cobertura de actividades, mientras que otro 37.5% lo califican de malo.

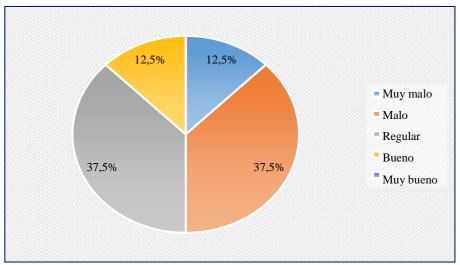


Figura 9. Calificación de la cobertura de actividades. (Fuente: Elaboración propia).

6.2.2. Calificación a la cobertura de actividades en población objetivo (30 a 60años)

La Figura 10, muestra que el 50% de los encuestados califican como regular a la cobertura de actividades en población objetivo (30 a 60 años).

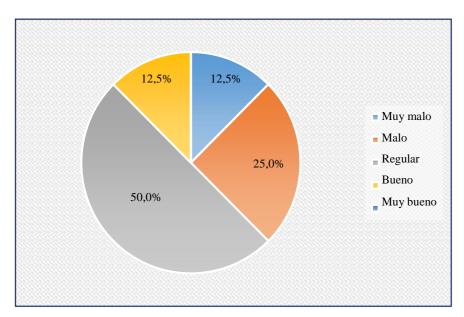


Figura 10. Calificación de la cobertura de actividades en población objetivo (30 a 60 años). (Fuente: Elaboración propia).

6.2.3. Calificación a la participación de mujeres atendidas al programa de 30 a 60 años.

La Figura 11, muestra que el 37.5% de los encuestados califican como regular a la proporción de mujeres con paquete de promoción tamizadas por primera vez en población de 30 a 49 años, mientras que otro 37.5% lo califican de malo.

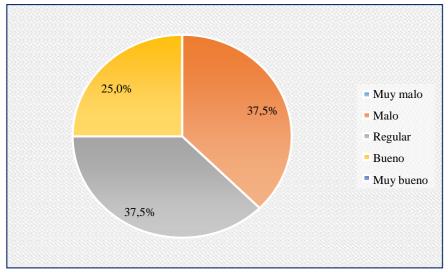


Figura 11. Calificación de la proporción de mujeres con paquete de promoción tamizadas por primera vez en población de 30 a 49 años. (Fuente: Elaboración propia).

6.2.4. Calificación a la cobertura de detección (Población objetivo programada)

La Figura 12, muestra que el 37.5% de los encuestados califican como regular a la cobertura de detección (Población objetivo programada), mientras que otro 37.5% lo califican de malo.

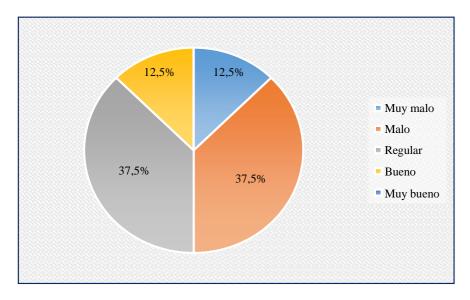


Figura 12. Calificación de la cobertura de detección (Población objetivo programada). (Fuente: Elaboración propia).

6.2.5. Calificación a la cobertura de la detección en población objetivo por primera vez.

La Figura 13, muestra que el 50% de los encuestados califican como malo a la cobertura de la detección en población objetivo por primera vez.

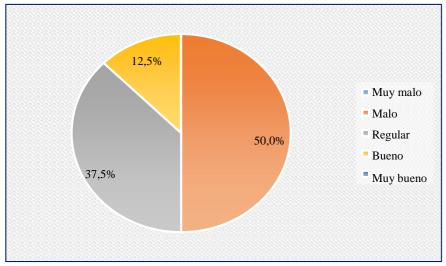


Figura 13. Calificación de la cobertura de la detección en población objetivo por primera vez. (Fuente: Elaboración propia).

6.2.6. Calificación el porcentaje de la población fuera de la población objetivo tamizada.

La Figura 14, muestra que el 62.5% de los encuestados califican como regular al porcentaje de la población objetivo tamizada.

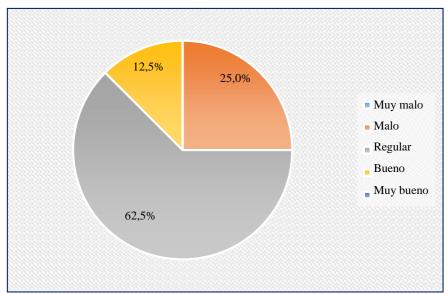


Figura 14. Calificación del porcentaje de la población objetivo tamizada. (Fuente: Elaboración propia).

6.2.7. Calificación al porcentaje de láminas de PAP respondidas oportunamente

La Figura 15, muestra que el 50% de los encuestados califican como malo al porcentaje de láminas de PAP respondidas oportunamente.

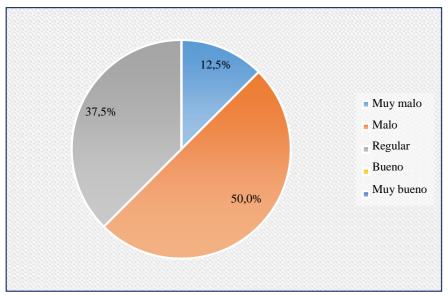


Figura 15. Calificación del porcentaje de láminas de PAP respondidas oportunamente. (Fuente: Elaboración propia).

6.2.8. Calificaría el porcentaje de mujeres con PAP positivo con estudio histopatológico.

La Figura 16, muestra que el 37.5% de los encuestados califican como malo al porcentaje de mujeres con PAP positivo con estudio histopatológico.

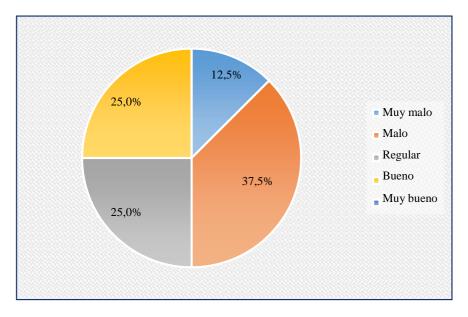


Figura 16. Calificación del porcentaje de mujeres con PAP positivo con estudio histopatológico. (Fuente: Elaboración propia).

6.3. Resultados de la dimensión controlar

6.3.1. Calificación el porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC I persistente tratadas.

La Figura 17, muestra que el 50% de los encuestados califican como regular al porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC I persistente tratadas, mientras que el otro 50% lo califican como malo.

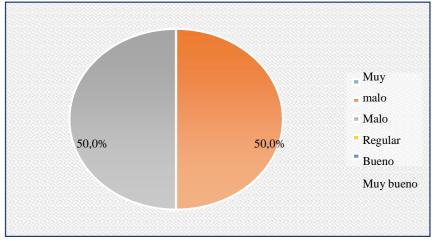


Figura 17. Calificación del porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC I persistente tratadas. (Fuente: Elaboración propia).

6.3.2. Calificación al porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC II-III, tratadas.

La Figura 18, muestra que el 37.5% de los encuestados califican como regular al porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC II-III, tratadas, mientras que otro 37.5% lo califican como malo.

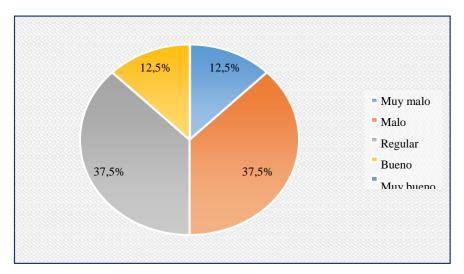


Figura 18. Calificación del porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC II-III, tratadas. (Fuente: Elaboración propia).

6.3.3. Calificación al porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC I controladas.

La Figura 19, muestra que el 62.5% de los encuestados califican como malo al porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC I controladas.

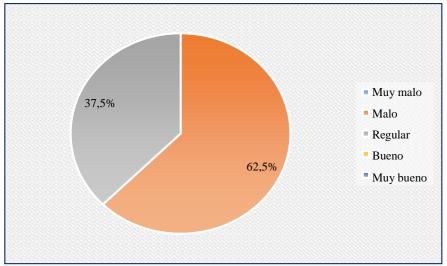


Figura 19. Calificación del porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC I controladas. (Fuente: Elaboración propia).

6.3.4. Calificación al porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC II-III controladas post tratamiento?

La Figura 20, muestra que el 37.5% de los encuestados califican como regular al porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC II-III controladas post tratamiento, mientras que otro 37.5% lo califican como malo.

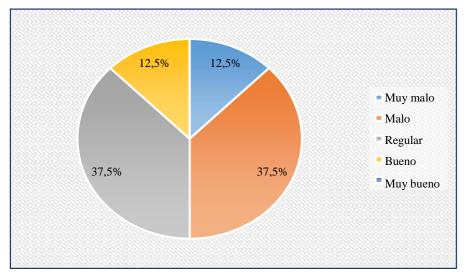


Figura 20. Calificación del porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC II-III controladas post tratamiento. (Fuente: Elaboración propia).

6.4. Resultados de la dimensión actuar

6.4.1. Calificación al porcentaje de mujeres con PAP positivo en la población tamizada.

La Figura 21, muestra que el 50% de los encuestados califican como regular al porcentaje de mujeres con PAP positivo en la población tamizada.

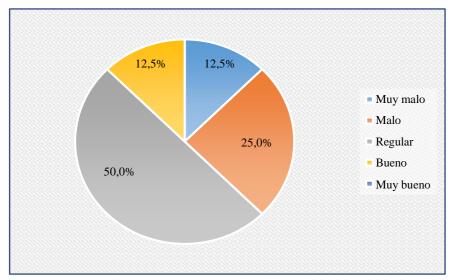


Figura 21. Calificación del porcentaje de mujeres con PAP positivo en la población tamizada. (Fuente: Elaboración propia).

6.4.2. Calificación el porcentaje de mujeres con NIC I, II y III en la población tamizada.

La Figura 22, muestra que el 50% de los encuestados califican como regular al porcentaje de mujeres con NIC I, II y III en la población tamizada.

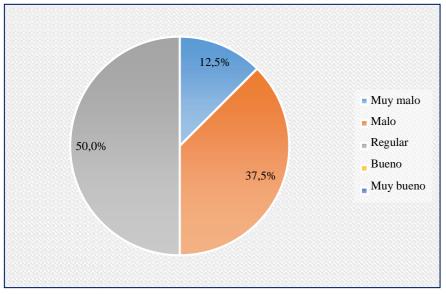


Figura 22. Calificación del porcentaje de mujeres con NIC I, II y III en la población tamizada. (Fuente: Elaboración propia).

6.4.3. Calificación a la tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino en población femenina (Nro. de casos nuevos por año).

La Figura 23, muestra que el 62.5% de los encuestados califican como malo a la tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino en población femenina (Nro. de casos nuevos por año).

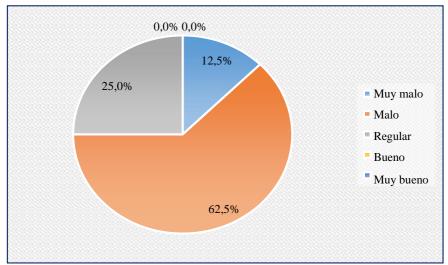


Figura 23. Calificación de la tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino en población femenina (Nro. de casos nuevos por año). (Fuente: Elaboración propia).

6.4.4. Calificación a la tasa de mortalidad por cáncer del cuello uterino en población femenina (Nro. de pacientes fallecidos por año)

La Figura 24, muestra que el 50% de los encuestados califican como regular a la tasa de mortalidad por cáncer del cuello uterino en población femenina (Nro. de pacientes fallecidos por año).

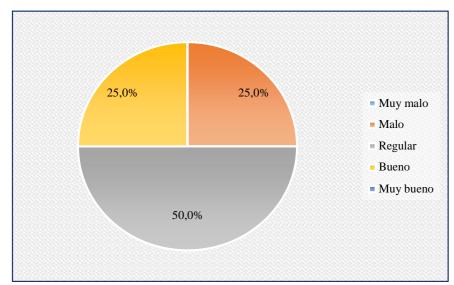


Figura 24. Calificación de la tasa de mortalidad por cáncer del cuello uterino en población femenina (Nro. de pacientes fallecidos por año). (Fuente: Elaboración propia)

Los resultados para la variable dependiente prevención y control del cáncer cérvico- uterino, se presenta en forma porcentual por cada dimensión:

6.5. Resultados de la dimensión percepción del servicio

6.5.1. Calificaría el tiempo que esperó para ser atendida?

La Figura 25, muestra que el 67.2% de las encuestadas califican como regular al tiempo que esperó para ser atendida.

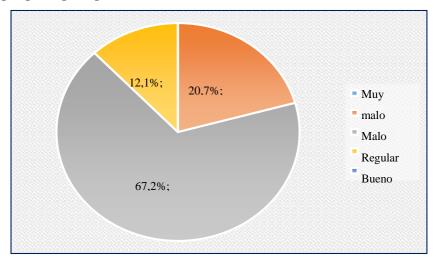


Figura 25. Calificación del tiempo que esperó para ser atendida. (Fuente: Elaboración propia).

6.5.2. Calificación la atención a sus inquietudes por parte del personal administrativo.

La Figura 26, muestra que el 50% de las encuestadas califican como regular a la atención a sus inquietudes por parte del personal administrativo.

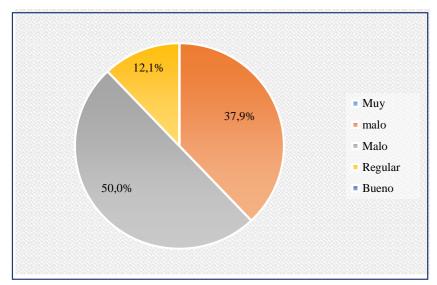


Figura 26. Calificación de la atención a sus inquietudes por parte del personal administrativo. (Fuente: Elaboración propia).

6.5.3. Calificación a la explicación que le brindó el personal administrativo sobre su problema

La Figura 27, muestra que el 60.3% de las encuestadas califican como regular a la explicación que le brindó el personal administrativo sobre su problema.

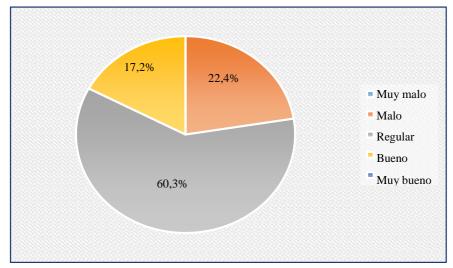


Figura 27. Calificación de la explicación que le brindó el personal administrativo sobre su problema. (Fuente: Elaboración propia).

6.5.4. Calificación la información recibida sobre el programa de prevención y control del cáncer cérvico-uterino.

La Figura 28, muestra que el 53.4% de las encuestadas califican como regular a la información recibida sobre el programa de prevención y control del cáncer cérvico-uterino.

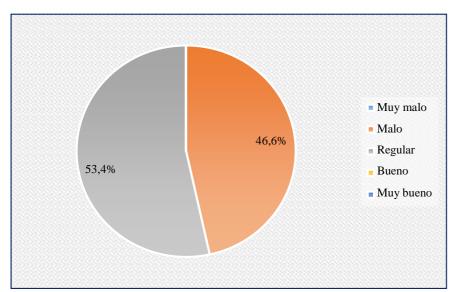


Figura 28. Calificación de la información recibida sobre el programa de prevención y control del cáncer cérvico-uterino. (Fuente: Elaboración propia).

6.5.5. Calificación a la labor de la institución en la prevención y control del cáncer cérvico-uterino

La Figura 29, muestra que el 55.2% de las encuestadas califican como regular a la labor de la institución en la prevención y control del cáncer cérvico-uterino.

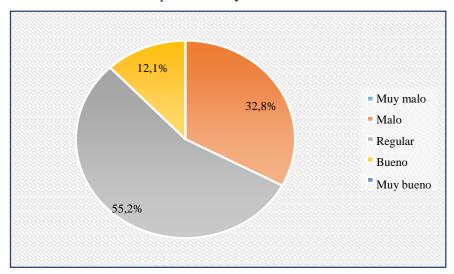


Figura 29. Calificación de la labor de la institución en la prevención y control del cáncer cérvico-uterino. (Fuente: Elaboración propia).

6.5.6. Calificación a la atención médica recibida en la institución en la prevención y control del cáncer cérvico-uterino?

La Figura 30, muestra que el 48.3% de las encuestadas califican como regular a la atención médica recibida en la institución en la prevención y control del cáncer cérvico- uterino.

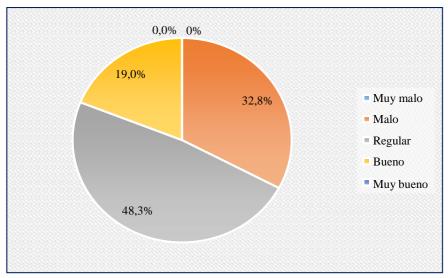


Figura 30. Calificación de la atención médica recibida en la institución en la prevención y control del cáncer cérvico-uterino. (Fuente: Elaboración propia).

6.5.7. Calificación al trato del personal que lo atendió en el programa de prevención y control del cáncer cérvico-uterino.

La Figura 31, muestra que el 56.9% de las encuestadas califican como regular al trato del personal que lo atendió en el programa de prevención y control del cáncer cérvico-uterino.

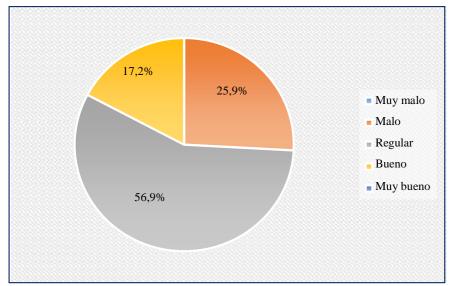


Figura 31. Calificación del trato del personal que lo atendió en el programa de prevención y control del cáncer cérvico-uterino. (Fuente: Elaboración propia).

6.5.8. Calificación al horario del centro para la atención en la prevención y control del cáncer cérvico-uterino.

La Figura 32, muestra que el 58.6% de las encuestadas califican como regular al horario del centro para la atención en la prevención y control del cáncer cérvico- uterino.

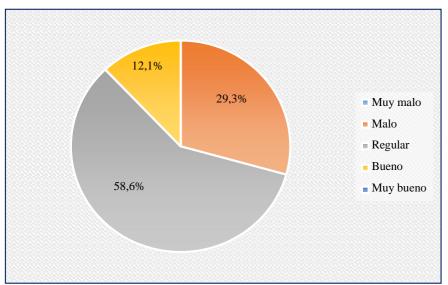


Figura 32. Calificación del horario del centro para la atención en la prevención y control del cáncer cérvico-uterino. (Fuente: Elaboración propia).

6.6. Para cumplir el objetivo específico 2,

Se propuso un modelo de gestión innovador para fortalecer la prevención y control del Cáncer cérvico-uterino, está planteado en relación directa con las actividades propias de los programas de prevención de la gestión de los servicios de salud: planificar, organizar y controlar; tomando como marco de referencia el enfoque basado en el círculo de Deming (calidad) compuesto por cuatro etapas cíclicas, donde las actividades son evaluadas periódicamente para incorporar nuevas mejoras; así como el enfoque calidad, de satisfacción de las usuarias por recibir el servicio del programa de prevención y control, la innovación incremental que brinda el uso de la Tecnología de la Información y Comunicaciones (TICs), donde se implementan los cambios de forma progresiva orientados a aumentar la funcionalidad y las prestaciones de los servicios brindados.

El modelo de gestión innovador para fortalecer la prevención y control del Cáncer cérvico – uterino funciona en forma cíclica. Un ciclo de funcionamiento sería: inicia en la etapa planificar, continúa en la etapa ejecutar los diagnósticos y termina en la etapa actuar y corregir. Después, para otro periodo de funcionamiento, regresa a iniciar un nuevo ciclo, y así sucesivamente. El periodo de funcionamiento lo establece la dirección del programa, y puede ser periodos cortos, medianos o largos, dependiendo de la actividad ejecutada.

El funcionamiento del modelo de gestión para fortalecer la prevención y control del Cáncer cérvico-uterino, en teoría propone evaluar cíclicamente las actividades e incorporar periódicamente nuevas mejoras, utilizando la TICs como soporte a la gestión e innovación incremental. De tal forma que acabada la cuarta etapa debe volver a la primera etapa, y así sucesivamente.

Cada etapa del modelo de gestión innovado se organiza y funciona como un sistema de retroalimentación en tres fases: entrada (datos con los que contamos), proceso (formas con la que vamos a transformar los datos de entrada) y salida (datos resultado o solución de la transformación), relacionada a las actividades y objetivos a alcanzar.

VII. DISCUSIÓN

Para el análisis del objetivo específico 1, se ha realizado un diagnóstico de la realidad en estudio, considerando lo siguiente: Respecto a la situación actual del modelo de gestión, de la valoración obtenida de las 58 usuarias, se observa que el 58% califican de parcialmente regular la gestión del sistema de salud para la realización del PAP en el Hospital II Es Salud–Tarapoto. En la dimensión de planificación, los gestores deben mantener actualizado los planes existentes, y elaborar los planes faltantes, aplicando estrategias para preservar el compromiso y participación de agentes del entorno.

En la dimensión de organización, los gestores deben hacer esfuerzos para organizarse mejor estructural y funcionalmente, con normas, políticas y estrategias de comunicación y estimulación interpersonal.

En la dimensión de control, los gestores para hacerlo más eficiente, eficaz y efectivo, deben en lo posible cumplir con lo programado; tal como lo afirman Ivancevich, Lorenzi y Skonner (1996).

Las mujeres no tienen una idea clara de lo que es la Prevención y control del cáncer cérvico Uterino y de su utilidad lo que también repercute en su práctica. El 53.4% de las encuestadas califican como regular a la información recibida sobre el programa de prevención y control del cáncer cérvico-uterino. De los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede inferir que el conocimiento respecto del PAP no es claro, y por esta razón probablemente, algunas mujeres no se realizan el PAP de manera voluntaria, .y es el personal de salud quien debe ofrecer el procedimiento.

En cuanto a la actitud, la predisposición de las mujeres a la realización del PAP es buena pese al inadecuado conocimiento del mismo.

En cuanto a la práctica, el PAP no es realizado por las mujeres de manera secuencial, debido probablemente a la falta de orientación. Algunas limitantes para la aceptación y realización del procedimiento de quien realiza la toma de muestra, incomodidades como dolor en la colocación del especulo y el sangrado durante el examen y desconocimiento del procedimiento.

En cuanto al análisis de la propuesta teórica denominada "Modelo de gestión

innovador para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer cérvico – uterino Hospital II EsSalud. Periodo 2013", se observa la aplicación del modelo de Círculo de Deming (2014, 1 de mayo), pensando en atender las dificultades halladas y analizadas en el diagnóstico de la situación actual del modelo de gestión. Poniendo énfasis en la retroalimentación, mejora continua e innovación incremental, garantizado por el crecimiento exponencial de la TICs como una ventaja competitiva para la gestión de los programas de Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer Cérvico - Uterino; tal como lo indica Amores (2015).

La validación técnica de obtención de información, está basada en la consulta a expertos de un área, con el fin de obtener la opinión de consenso más fiable del grupo consultado. Estos expertos son sometidos individualmente a una serie de cuestionarios en profundidad que se intercalan con retroalimentación de lo expresado por el grupo y que, partiendo de una exploración abierta, tras las sucesivas devoluciones, producen una opinión que representa al grupo. Utilidad, usos y aplicaciones.

Para analizar la validación del modelo teórico de gestión innovado para fortalecer la prevención y control del Cáncer cérvico, se observa que los resultados obtenidos con la aplicación del método Delphi, respetando el anonimato y observado el consenso de opinión de los 5 expertos, a un mayor o igual que a 80% mayoritario con calificativos de bastante y muy relevante; tal como lo describe Reguant. y Torrado (2016).

VIII. CONCLUSIONES

- 1. Se realizó un Diagnóstico de la realidad en estudio, lo que ha permitido observar, que el 58% califica de parcialmente regular la gestión del programa en las dimensiones de planificar, organizar y controlar, frente al 23% de deficiencia en la atención para solucionar problemas de las usuarias, el conocimiento respecto del PAP no es claro, y por esta razón probablemente, algunas mujeres no se realizan el PAP de manera voluntaria, y es el personal de salud quien debe ofrecer el procedimiento.
- 2. Se describió a la organización del sistema de salud para la realización del despistaje del cáncer cérvico uterino, donde los gestores deben hacer esfuerzos para organizarse mejor estructural y funcionalmente, con normas, políticas y estrategias de comunicación y estimulación interpersonal.
- Se sistematizó el conocimiento en la literatura disponible sobre la prevención y control del cáncer cérvico - uterino en el Hospital II EsSalud – Tarapoto, de acuerdo a los Indicadores de gestión del programa.
- 4. El modelo teórico de gestión innovado se fundamenta en los resultados obtenidos del diagnóstico situacional de la gestión del programa sobre la prevención y control del cáncer cérvico - uterino en el Hospital II EsSalud - Tarapoto y de la teoría del círculo de Deming y la tecnología de la información y comunicaciones como herramienta de innovación incremental.

IX. RECOMENDACIONES

- 1. Proponer la elaboración de un programa educativo y sensibilizar a la población femenina para lograr concordancia entre conocimientos y práctica encaminados a obtener una conducta final deseada:
- 2. Realización del despistaje de cáncer cérvico uterino en forma temprana, periódica y oportuna. Concienciar al personal de salud en general para que no perder oportunidades de tomar un PAP y otros exámenes.
- 3. Proporcionar una atención integral (bio-psicosocial), Dado el tipo de examen y la región a ser examinada se recomienda mayor cuidado, evitar producir dolor durante el procedimiento y brindar a la paciente mayor calidez por parte del personal encargado de tomar el PAP.
- 4. Se recomienda contar con más profesionales Obstetras para cumplir las metas programadas. y con preparación en el manejo de los Tics.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Health Organization. globocan 2012. (s.f.). Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Recuperado el jueves 24 de Abril de 2013. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp.
- 2. World Health Organization. Cáncer. (s.f.). globocan 2008. Recuperado el Domingo 20 de Abril de 2013, disponible en: https://www.who.in/cancer/en.
- Novoa A, Echegollen A. Epidemiología del cáncer del cérvix en Latinoamérica.
 [Tesis de maestría]. Instituto Mexicano del Seguro Social/MX, New England Journal of Medicine. 2007;375(5):462-9.
- 4. Guía De Práctica Clínica Para La Prevención Y Manejo Del Cáncer De Cuello Uterino, disponible en : file:///C:/Users/Ximena/Downloads/guia_tecnica_cancer_cuello_utero%20(3).pdf
- 5. Moahr B. Registro Histopatológico de Neoplasias en México. México: Secretaria de salud; 1998.
- 6. Franco O, Valladares J, Pérez G. Neoplasia intraepitelial cervical en un área de salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 37(2):131-221, disponible en : http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n2/gin09211.pdf
- 7. Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC). Uruguay, tercer país del mundo en mayor Mortalidad por Cáncer. Diario La República. Publicado el 2013, Abril 20. Sección B, p. 3.
- 8. Amores X., La Gestión de la Innovación en las Empresas De Servicios Intensivas en Conocimiento Tecnológico (T-Kibs) De Cataluña [Tesis doctoral] 2015.
- 9. Rodriguez, G., Caviglia, C., Alonso, R.,Sica, L.,Segredo, S.,Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterin. [Tesis doctoral] Uruguay 2015.
- 10. Ramírez E. Conocimientos, Actitudes y Prácticas Frente a la Toma de Papanicolaou

- en la Población De Mujeres Trabajadoras de la Facultad De Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de la Plata 2015.
- 11. Olivia C. y Col., "Nivel de conocimiento, actitud y práctica en la realización del examen de Papanicolaou en mujeres mayores e 15 años que asistieron al Consultorio Externo de Ginecología del Hospital San José en los meses de julio y agosto del 2016".
- 12. Malvina P. "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio Ribereño de Asunción, (Bañado Sur) 2015.
- Vitorino, Cristian (Perú-2017), realizó un estudio, "Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, EsSalud, Cusco, 2017.
- 14. Gutierrrez C. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. Revista peruana. Perú. 2015.
- 15. Alvarado V. y col. Nivel de conocimientos y actitudes frente al examen del papanicolaou de mujeres atendidas en centro de salud de Tumbes. Perú 2014.
- 16. Heredia, G. Propuesta de un modelo de gestión administrativa para el desarrollo empresarial en las empresas constructoras de los distritos de Tarapoto, Morales y la Banda de Shilcayo. Perú 2018.
- 17. Altamirano S. Principales Factores de Riesgo Para el Cáncer Cervico Uterino y Citología Cervical Uterina. Perú 2017.
- 18. Del Castillo, L. Factores de riesgo y lesiones premalignas de cérvix, en mujeres atendidas en el Centro de Salud Punta del Este, del Distrito de Tarapoto. Perú 2016.
- 19. Rigol Ricardo O. Cáncer del cuello uterino. Rev Cubana Obstetricia Ginecologia v.37 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2011,MGI Tomo IV. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1988, disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n2/gin09211.pdf

- Salya Rodríguez A. Factores de Riesgo del cáncer del cérvix en el municipio Cerro.
 Rev Cubana Hig Epidemiol. 1999;37(1):40-6.
- 21. Ramos W, Muñoz, Venegas R. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013. Lima Ministerio de Salud: Dirección General de Epidemiología, 2013. Recuperado el jueves 24 de Abril de 2013. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/informacion_especializada/122013/16112013_CANCER_PERU.pdf
- 22. Shanta V, y Col. Epidemiología del cáncer del cuello uterino: Una perspectiva mundial y nacional. J Indian Med Assoc. 2000.
- 23. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Norma técnica oncológica para la prevención, detección y manejo de lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional. Perú. 2008.
- 24. Oddó D. Vida y obra de uno de los médicos más conocidos del siglo XX. (I y II partes). Chile. Fecha de acceso 20 de Octubre de 2011]. URL disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/georgenicholaspapanicolaou.pdf
- 25. Veríssimo J. y col. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la prueba de Papanicolaou en el noreste de Brasil. Brasil. 2008.
- 26. Teixeira y col. Conocimiento, actitud y práctica relacionada al examen de colposcopia entre usuarias de una unidad básica de salud. Revista. Latino-Am Enfermagem. Brasil. 2011.
- 27. De García R. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou (PAP) en mujeres embarazadas consultantes de hospitales públicos del Departamento de Alto Paraná. Paraguay. 2008
- 28. Figueroa N. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las flores; sector caguan, chipi y tambos; del distrito de Barranquilla. Tesis para obtener Maestría en salud pública. Colombia. 2010.

XI. ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de variables

Tabla 10. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítem	Escala de medición
	Planificar	Grupos de interés	1,2,3	
	Ejecutar	Promoción	4,5,6	
		Detección	7,8,9,10,11	
X = Modelo de gestión innovador		Diagnóstico	12	Cualitativa
	Controlar	Tratamiento	13,14	Ordinal (1-5)
		Seguimiento	15,16	
	Actuar	Resultados	17,18	
Y = Prevención y control del cáncer cérvico – Uterino	Percepción del servicio	Impacto Satisfacción del usuario	19,20 21,22,23,24, 25,26,27,28	Cualitativa Ordinal (1-5)

Fuente: Elaboración propia

Anexo B. Encuesta para evaluar el modelo de gestión





UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Modelo de gestión innovador para fortalecer la prevención y control del

cáncer cérvico-uterino
Datos generales: Nombre del entrevistado: Cargo que desempeña: Fecha:
Propósito General: Evaluar con fines académicos, el modelo de gestión para fortalecer la prevención y control del cáncer cérvico-uterino
Propósito específico: Esta encuesta tiene el propósito de recabar información del modelo de gestión con el que cuentan actualmente para Fortalecer la Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino
Perfil del entrevistado: Es una persona representante del programa de prevención y control del cáncer cérvico- uterino.
Cuestionario:
Sobre el modelo de gestión Planificación
1 ¿Cómo calificaría el compromiso del personal en la planificación? a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno
2 ¿Cómo calificaría el nivel de participación del personal en la planificación? a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno

- 3.- ¿Cómo calificaría a los planes existentes? Plan estratégico, plan operativo, plan de promoción, plan de diagnóstico, otros planes.
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno

Ejecución-Promoción

- 4.- ¿Cómo calificaría la cobertura de actividades ?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno
- 5.- ¿Cómo calificaría la cobertura de actividades en población objetivo (25 a 64 años)?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno
- 6.- ¿Cómo calificaría la proporción de mujeres con paquete de promoción tamizadas por primera vez en población de 30 a 49 años?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno

Ejecución-Detección

- 7.- ¿Cómo calificaría la cobertura de detección temprana de Ccu?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno
- 8.- ¿Cómo calificaría el porcentaje de la población fuera de la población objetivo tamizada?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno

Ejecución-Diagnóstico

- 9.- ¿Cómo calificaría el porcentaje de mujeres con PAP positivo con estudio histopatológico?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno

Controlar-Tratamiento

- 10.- ¿Cómo calificaría el porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC I persistente tratadas?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno
- 11.- ¿Cómo calificaría el porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC II-III, tratadas?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno

Control-Seguimiento

12.- ¿Cómo calificaría el porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC I controladas?

- a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno
- 13.- ¿Cómo calificaría el porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC II-III controladas post tratamiento?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno

Actuar-Resultados

- 14.- ¿Cómo calificaría el porcentaje de mujeres con PAP positivo en la población tamizada?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno
- 15.- ¿Cómo calificaría el porcentaje de mujeres con NIC I, II y III en la población tamizada?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno

Actuar-Impacto

- 16.- ¿Cómo calificaría la tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino en población femenina (Nro. de casos nuevos por año)?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno
- 17.- ¿Cómo calificaría la tasa de mortalidad por cáncer del cuello uterino en población femenina (Nro. De pacientes fallecidos por año)?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno

Gracias!!!

Anexo C. Datos recolectados del diagnóstico al modelo de gestión y el programa de prevención y control del cáncer cérvico - uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto. Periodo 2013.

La tabla 11, muestra la respuesta por pregunta, marcado por los respectivos encuestados. El valor de la escala del 1 al 5, representa: (1) Muy malo; (2) Malo; (3) Regular; (4) Bueno y (5) Muy bueno.

Tabla 11. Datos recolectados

								N	Iode	lo de	gestid	ón inn	ovad	or						
	Pla	nifi	car]	Ejec	utar	•				Cont	rolar			Act	uar	
Encuestado			Grupos de interés			Promoción					Detección	Diagnóstico		Tratamiento		Seguimiento		Resultados		Impacto
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
1	2	1	3	1	1	2	1	2	3	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3
3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3
4	3	3	3	3	2	2	4	4	4	3	3	4	3	4	3	3	4	2	3	4
5	4	3	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3
6	4	3	4	2	4	4	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	4
7	3	3	4	4	3	4	3	3	3	2	3	4	3	3	3	4	2	2	2	3
8	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2

Fuente: Elaboración propia

Anexo D. Prueba de fiabilidad del instrumento estadístico

Métodos estadísticos

Prueba de fiabilidad Alfa de Cronbach

La fiabilidad se refiere a la confianza que se concede a los datos. 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. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

El valor de fiabilidad para la investigación básica deberá estar entre 0.7 y 0.8; en investigación aplicada sobre 0.95.

Resultados

Prueba de fiabilidad alfa de Cronbach

Realizamos la prueba alfa de Cronbach para calcular la validez y fiabilidad del instrumento utilizado para el estudio del modelo de gestión innovador y el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer cérvico - uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto.

El alfa de Cronbach toma valores entre 0 y 1, pero en general un alfa superior a 0.70 se considera un buen valor.

El cuestionario tuvo 28 preguntas, las 20 primeras preguntas corresponden a la variable "Modelo de Gestión Innovador" y los 08 restantes a la variable "Prevención y control del cáncer cérvico - uterino". Después de realizar el análisis de fiabilidad en SPSS se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 12. Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,945	20
0,887	08
	0,945

Fuente: Elaboración propia

En nuestro caso (Tabla 12), el alfa de Cronbach para la variable Modelo de gestión innovador es de α =0.945 y para la variable Prevención y control del cáncer cérvico - uterino el alfa de Cronbach α =0.887, por tanto, señalamos que el instrumento utilizado es válido y confiable puesto que su correlación para ambas variables se aproxima a 1.

Anexo E. Consulta de opinión de consenso a expertos para validar el modelo de gestión innovado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-

TARAPOTO ESCUELA DE POSGRADO UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



MODELO DE GESTIÓN INNOVADOR PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO - UTERINO. HOSPITAL II ESSALUD- TARAPOTO, PERIODO 2013

Tesis para optar el grado de Maestro en Salud Pública con mención en Planificación y Gestión en Salud AUTOR :

Evangelina Ampuero Fernández

Datos generales:	
Grado académico:	Fecha:
Propósito General:	

Validar la propuesta teórica de modelo de gestión innovador para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer cérvico - uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto.

Propósito específico:

Esta consulta anónima tiene el propósito de recabar la opinión de consenso de expertos sobre aspectos relevantes en la propuesta de modelo de gestión innovador para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer cérvico - uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto.

Perfil del entrevistado:

Es una persona con grado académico de maestro y/o doctor y experiencia en salud.

Instructivo:

- Cada aspecto tiene 5 alternativas de opinión (1: No relevante; 2: Poco relevante; 3: Medianamente relevante; 4: Muy relevante; 5: Bastante relevante).
- Marcar con un aspa o equis la respuesta que considere pertinente.
- Opcionalmente indique Usted algunas recomendaciones (en que hay que mejorar y una sugerencia de mejora).

Cuestionario:

Item Aspectos a valorar	1	2	3	4	5
1 Objetividad					
El modelo de gestión innovado representa	<u> </u>	I			
fielmente la realidad de la prevención y control del					
cáncer cérvico - uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto.					
2 Sistematización		I			
El modelo de gestión innovado permite organizar					
los componentes que lo conforman.					
3 Aplicabilidad					
El modelo de gestión innovado puede ser aplicado					
en el Hospital II EsSalud-Tarapoto.					
4 Solidez					
El modelo de gestión innovado presenta solidez en					
la argumentación teórica de los componentes.					
5 Flexibilidad					
El modelo de gestión innovado se adapta con		<u> </u>			
facilidad a las diversas condiciones de la					
prevención y control del cáncer cérvico - uterino.					
6 Competitividad					
El modelo de gestión innovado aplica las TIC como					
una ventaja competitiva.					
7 Coherencia					
El modelo de gestión innovado permite la relación					
entre componentes de modo que no se produce					
contradicciones.					
8 Innovación					
Importancia de las TIC en el modelo de gestión innova	ado.				

Recomendaciones:

Opcionalmente, si Usted cree conveniente, se le solicita que, por cada aspecto valorado, indique que hay que mejorar y una sugerencia de mejora.

Aspectos	¿Qué mejoraría?	Sugerencia de mejora
Objetividad		
Sistematización		
Aplicabilidad		
Solidez		
Flexibilidad		
Competitividad		
Coherencia		
Innovación		

Muchas gracias

Anexo F. Primera validación de expertos al modelo de gestión innovador

Tabla 13. Resultados de la primera validación de expertos frecuencias absolutas

				Escala			
Nro	Aspecto	Bastante relevante	Muy relevante	Medianamente relevante	Poco relevante	No relevante	Total
1	Objetividad	2	3				5
2	Sistematización	4	1				5
3	Aplicabilidad	1	4				5
4	Solidez	1	3	1			5
5	Flexibilidad	2	3				5
6	Competitividad	4	1				5
7	Coherencia	1	4				5
8	Innovación	1	4				5
	Total	16	23	1	0	0	40

Fuente: Elaboración propia

Tabla 14. Consenso de expertos de la primera validación

				Escala			
Nro	Aspecto	Bastante relevante	Muy relevante	Medianamente relevante	Poco relevante	No relevante	Total
1	Objetividad						0
2	Sistematización	SI					0
3	Aplicabilidad		SI				0
4	Solidez						0
5	Flexibilidad						0
6	Competitividad	SI					0
7	Coherencia		SI				0
8	Innovación		SI				0
	Total	2	3	0	00	00	5

SI=Consenso mayoritario, mayor o igual a 80%. Fuente: Elaboración propia

Anexo G. Segunda validación de expertos al modelo de gestión innovador

Tabla 15. Resultados de la segunda validación de expertos frecuencias absolutas

				Escala			
Nro	Aspecto	Bastante relevante	Muy relevante	Medianamente relevante	Poco relevante	No relevante	Total
1	Objetividad	4	1				5
2	Sistematización	4	1				5
3	Aplicabilidad	4	1				5
4	Solidez	1	4				5
5	Flexibilidad	4	1				5
6	Competitividad	4	1				5
7	Coherencia	1	4				5
8	Innovación	4	1				5
	Total	26	14	0	0	0	40

Fuente: Elaboración propia

Tabla 16. Consenso de expertos de la segunda validación

				Escala			
Nro	Aspecto	Bastante relevante	Muy relevante	Medianamente relevante	Poco relevante	No relevante	Total
1	Objetividad	SI					1
2	Sistematización	SI					1
3	Aplicabilidad	SI					1
4	Solidez		SI				1
5	Flexibilidad	SI					1
6	Competitividad	SI					1
7	Coherencia		SI				1
8	Innovación	SI					1
	Total	6	2	0	0	0	8

SI=Consenso mayoritario, mayor o igual a 80%. Fuente: Elaboración propia

Anexo H. Encuesta de satisfacción dirigido a usuarias

Encuesta de percepción dirigido a usuarias atendidas en el Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico -Uterino del Hospital II EsSalud – Tarapoto,





Encuesta de satisfacción del usuario interno Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto Escuela de Posgrado Unidad de Posgrado

Estudio: "Modelo de Gestión Innovador para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer Cérvico - Uterino. Hospital II EsSalud. Periodo 2013" Encuesta de satisfacción del usuario

Queremos conocer su opinión para mejorar el programa de Prevención y control de Cáncer Cérvico, del Hospital II EsSalud.

Solicito a Ud. Responder con la mayor sinceridad en sus respuestas.

1.	Local
2.	Fecha:
3.	Condición del usuario: asegurad
4.	Sexo: Femenino
5.	Edad:

Marcar:

Percepción del usuario

- 20.- ¿Cómo calificaría el tiempo que esperó para ser atendida?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno
- 21.- ¿Cómo calificaría la atención a sus inquietudes por parte del personal administrativo?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno
- 22.- ¿Cómo calificaría la explicación que le brindó el personal administrativo sobre su problema?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno
- 23.- ¿Cómo calificaría la información recibida sobre el programa de prevención y control del cáncer cérvico-uterino?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno

- 24.- ¿Cómo calificaría el programa en la prevención y control del cáncer cérvico-uterino?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno
 - 25.- ¿Cómo calificaría la atención médica recibida en la institución en la prevención y control del cáncer cérvico-uterino?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno
 - 26.- ¿Cómo calificaría el trato del personal que lo atendió en el programa de prevención y control del cáncer cérvico-uterino?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno
 - 27.- ¿Cómo calificaría el horario del centro para la atención en la prevención y control del cáncer cérvico-uterino?
 - a) Muy malo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno

Gracias!!!

Anexo I. Datos recolectados del diagnóstico del programa de prevención y control del cáncer cérvico - uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto. Periodo 2013

La tabla 7, muestra la respuesta por pregunta, marcado por los respectivos encuestados. El valor de la escala del 1 al 5, representa: (1) Muy malo; (2) Malo; (3) Regular; (4) Bueno y (5) Muy bueno.

Tabla 17. Datos recolectados

Preve	nción y	z conti	rol del	cánce	r cérv	ico – ı	ıterino)
	Percepción del servicio							
Usuaria			Satisf	acción	del u	suario)	
	P21	P22	<u>P23</u>	<u>P24</u>	<u>P25</u>	<u>P26</u>	<u>P27</u>	<u>P28</u>
1	2	2	3	3	3	3	3	3
2	3	2	3	2	2	2	2	3
3	3	3	3	2	3	3	3	3
4	3	4	4	3	4	4	4	4
5	2	2	2	3	2	2	2	3
6	2	3	2	3	3	3	2	3
7	4	3	4	2	3	3	4	3
8	2	2	2	2	2	2	2	2
9	3	3	3	2	3	3	3	3
10	3	3	2	2	3	3	3	3
11	3	3	3	2	3	3	3	2
12	4	4	4	3	4	4	3	4
13	3	3	3	3	3	3	3	2
14	3	2	3	3	2	2	3	3
15	3	3	3	3	3	4	4	3
16	3	2	3	2	2	2	2	2
17	3	2	3	3	2	2	3	2
18	2	2	3	3	3	3	3	3
19	3	2	3	2	2	2	2	3
20	3	3	3	2	3	3	3	3
21	3	4	4	3	4	4	4	4
22	2	2	2	3	2	2	2	3
23	2	3	2	3	3	3	2	3
24	4	3	4	2	3	3	4	3
25	2	2	2	2	2	2	2	2
26	3	3	3	2	3	3	3	3
27	3	3	2	2	3	3	3	3

28	3	3	3	2	3	3	3	2
29	4	4	4	3	4	4	3	4
30	3	3	3	3	3	3	3	2
31	3	2	3	3	2	2	3	3
32	3	3	3	3	3	4	4	3
33	3	2	3	2	2	2	2	2
34	3	2	3	3	2	2	3	2
35	2	2	3	3	3	3	3	3
36	3	2	3	2	2	2	2	3
37	3	3	3	2	3	3	3	3
38	3	4	4	3	4	4	4	4
39	2	2	2	3	2	2	2	3
40	2	3	2	3	3	3	2	3
41	4	3	4	2	3	3	4	3
42	2	2	2	2	2	2	2	2
43	3	3	3	2	3	3	3	3
44	3	3	2	2	3	3	3	3
45	3	3	3	2	3	3	3	2
46	4	4	4	3	4	4	3	4
47	3	3	3	3	3	3	3	2
48	3	2	3	3	2	2	3	3
49	3	3	3	3	3	4	4	3
50	3	2	3	2	2	2	2	2
51	3	2	3	3	2	2	3	2
52	3	3	3	2	3	3	3	3
53	3	3	2	2	3	3	3	3
54	3	3	3	2	3	3	3	2
55	4	4	4	3	4	4	3	4
56	3	3	3	3	3	3	3	2
57	3	2	3	3	2	2	3	3
58	3	3	3	3	3	4	4	3

Fuente: Elaboración propia

Anexo J. Lista de cotejo, basada en los indicadores de gestión del programa de prevención y control del cáncer cérvico uterino de EsSalud.

Lista de cotejo

Indicaciones: A continuación presentamos la siguiente lista de cotejo, con lafinalidad de recopilar información sobre la situación actual de la gestión con respecto al câncer cervicouterino.

Tabla 18. Indicadores de Proceso: Promoción

Indicador	Sub-indicador	Valor (cantidad)	Fuente de verificación	Presenta
Cobertura de actividades	Nro. de beneficiarias del programa con el paquete completo (sesiones educativas) de promoción.		Registro de Actividades HIS	X
	Nro. Total de población programada.			
Cobertura de actividades en población objetivo	Nro. de mujeres de 13 a 17 años con el paquete completo de promoción.		Registro de Actividades HIS	X
	Nro. Total de mujeres de 13 a 17 años.			
Proporción de mujeres con paquete de promoción tamizadas por primera vez en población de 30	Nro. de mujeres de 30 a 49 años con el paquete completo de promoción tamizadas por primera vez Nro. Total de mujeres de 30 a 49 años que recibieron		Formato de Registro 2 – 3	Х
a 49 años	el paquete de promoción.			

Detección

Indicador	Sub-indicador	Fuente de verificación
Cobertura de	Nro. de mujeres de la población objetivo	Formato de
detección	programada con PAP y/o IVAA.	registro 2-3
	Población objetivo programada.	
Cobertura de la	Nro. de mujeres de la población objetivo	Formato de
detección en	programada con PAP y/o IVAA por primera vez.	registro 2-3
población		
objetivo por	Población objetivo programada.	
primera vez		

Porcentaje de la	Nro. de mujeres fuera de la población objetivo que	Formato de
población fuera	son tamizadas.	Registro 2 –
de la población		3
objetivo	Total de mujeres tamizadas.	
tamizada		
Porcentaje de	Nro. de láminas contestadas a más tardar en 15 días	Registros de
láminas de PAP	después de recibirlas.	Pap
respondidas		
oportunamente	Total de láminas enviadas.	
Porcentaje de	Nro. de resultados histológicos concordantes con la	Registros de
concordancia de	IVAA positiva	reportes
la IVAA		histológicos
positiva con la	Total de biopsias en los casos de IVAA positivo.	en casos de
histología		IVAA
		positiva

Diagnóstico

Indicador	Sub-indicador	Fuente de verificación
% de mujeres	Nro. de mujeres con PAP y/o IVAA positivo	Libro de
con PAP y/o	con estudio histopatológico.	registro de
IVAA positivo		establecimientos
con estudio	Nro. de mujeres con PAP y/o IVAA positivo.	de referencias
histopatològico		

Tratamiento

Indicador	Sub-indicador	Fuente de verificación
% de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC I persistente tratadas	Nro. de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC I persistente tratadas. Nro. de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC I persistente.	Libro de registro de establecimientos de referencias
% de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC II-III, tratadas	Nro. de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC II-III, tratadas. Nro. de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC II-III.	Libro de registro de establecimientos de referencias

Seguimiento

Proceso	Indicador	Fuente de verificación
% de mujeres	Nro. de mujeres con diagnóstico histopatológico	Libro de
con diagnóstico	NIC I controladas.	registro
histopatológico		
NIC I	Nro. de mujeres con diagnóstico histológico NIC	
controladas	I.	

% de mujeres	Nro. de mujeres con diagnóstico histológico NIC	Libro de
con diagnóstico	II-III controladas post-tratamiento.	registro
histopatológico		
NIC II-III	Nro. de mujeres con diagnóstico histológico NIC	
controladas post	II-III tratadas.	
tratamiento		

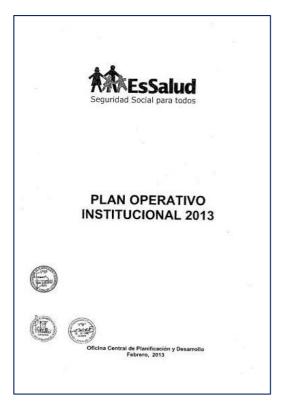
2. Indicadores de Resultado

Proceso	Indicador	Fuente de verificación
% de mujeres	Nro. de mujeres con PAP y/o IVAA positivo	Libro de
con PAP y/o		Registro
IVAA positivo	Población total tamizada	formato 2-3
en la población		
tamizada		
% de mujeres	Nro. de mujeres con NIC I, II y III	
con NIC I, II y		
III en la	Población total tamizada	
población		
tamizada.		

3. Indicadores de Impacto

Proceso	Indicador	Fuente de verificación
Tasa de	Nro. de casos nuevos por año de cáncer de cuello	Registro de
incidencia de	uterino.	cáncer
cáncer de cuello		poblacional
uterino en	Población femenina.	
población		
femenina.		
Tasa de	Nro. De pacientes fallecidos por año por cáncer de	Registro de
mortalidad por	cuello uterino.	cáncer
cáncer del		poblacional
cuello uterino	Población femenina.	
en población		Registro de
femenina.		mortalidad

Anexo K: Plan Operativo Institucional – EsSalud







	ANEXO N° 13: INDICADORES	
	DE LA COSERTURA TANSZAIE	
PHONCADOR	FORMULA	ESTANDAR
Cobernura de tarrizaj e cancer de cuello uterse		70% (*) (*)El avanco se progresivo de acubido a metas establecidas
		ESCASION IN
	CALIDAD DE LA CITOLOGÍA CERVICAL	ESTANDAR
INDICADOR	FORMULA	- Control of the local division in the local
Porcentaje de pacientes con tamisaie anormal	N° de patientes de 21 a 65 años con pitología cervical anormal (PAP positivo) x 100 N° de patientes de 21 a 65 años con ptología cervical de	3-5%
(PAP positivo)	tarress(c	
Porcentale de muestras	N° de muestras no satisfactorias x100	No mayor del
no satisfactorias	N° total de muestras	1.4.
Porcentaje de citología anormal revisadas por	N° de láminas con citologia anormal reusadas por patelogos x100	100%
patologos	N' de faminas con citología anormal	700
Parcentaje de otologías	N° de biops-as con NiC2-3 x 100	> 80%
anormales (LIE AG) con correlación histológica	N° chologias con resultado. UE AG	
	DE LA OPORTUNIDAD DE DIAGNOSTICO Y MANEJO	A 100
		ESTAND
INDICADOR	FORMULA	ESTARIL
Sempa de espera para la tención a paciente con itología anormal: UE AG carcinoma en el RESS con mayor pacidad resolutiva.	N° de clas de espera para la atención a la paciente con resultados de osología anormal: DE AG o carcinoma)	No mayor dias
contain patientes	Nº de pacientes tratadas de NIC2/3 en menos de un me x100	>50
adas oportunamente	Nº Total de pacientes diagnosticadas con NIC2-3.	
de un fuerte comprom idos, cambiar el mode irminantes sociales de o para ello con el apoy	ntegral a los asegurados con los más altos están so del Estado con el bienestar de los asegurado lo de atención por uno basado en la atención p la salud, con inflasis en los aspectos prever o técnico de la OPS/OMS.	s, mejorar el orimaria y act
ite: OMS.		

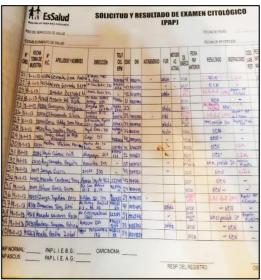
70% (*) I avance es gressió de dido a met ablecidas	property of a second se	INDICADOR
ESTANDA	N° de structors a reguradas de 21 à ES SIL	cohert or cuelo uterisco
3.5%	N° de pacientes de 21 a 65 años con citología cervical anormal (PAP positive) x100 N° de pacientes de 21 a 65 años con citología cervical de tambaje	INDICADOR Porcentaje de pacionitis con tamitage anormal (PAP positiva)
No mayo	N° de pacientes de 31 auroizaje N° de muestras no satisfactorias «100	
10	N° de lamines con citologia anormal revisadas por patologos N° de lamines con citologia anormal revisadas por patologos	Parcentaje de muestras no satisfactorias
1	N° de laminas con citología andirmat N° de laminas con citología andirmat	Porcentaje de citologia anormal revisadas por patologos
7	N° de biops-as con Nic2 8 a 100 N° chorogias con resultado LIE AG	Porcentaje de otologias
1	DE LA OPORTUNIDAD DE DIAGNOSTICO Y MANEJO	100
	FORMULA	INDICADOR
	Nº de dias de espera para la atención a la paciente co resultados de citología anormal: LIE AG a carcinoma.	riempe de espera para la atención a paciente con citología atermal: UE AG o carcinoma en el ingesta con mayor capacidad resolutiva.
105	Nº de pacientes tratadas de NIC2-3 en menos de un x100	
1	Nº Total de pacientes diagnosticadas con NIC2 3	rorpentaje pacientes raradas oportunamente

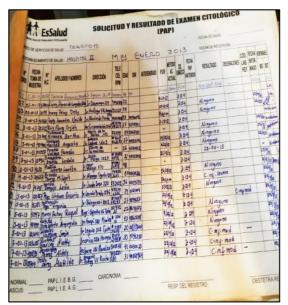
JETIVO: Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares reo de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados, meiturados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primar interminantes sociales de la salud, con enfasis en los aspectos preventivo ando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS.

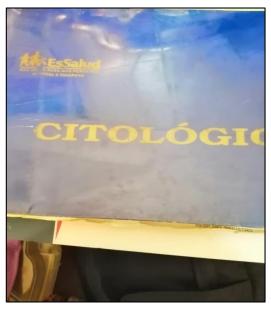
uente: OMS

5
16



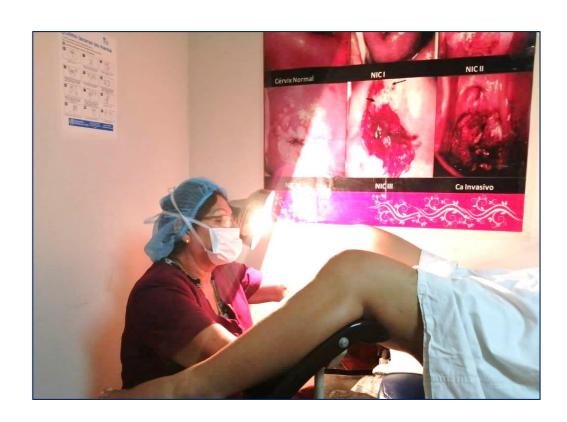






Anexo L: Fotografías del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervico - Uterino. Hospital II EsSalud-Tarapoto





Instalaciones para la atención del control de cáncer cérvico

