

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
CON MENCIÓN EN GERENCIA



**“CONOCIMIENTO Y OPINIÓN SOBRE LA ASIGNATURA RELACIONADA A
SALUD PÚBLICA DE LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE
LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA - 2004”**

Tesis presentada por el Bachiller:
LUIS ALBERTO ÁLVAREZ ANKASS

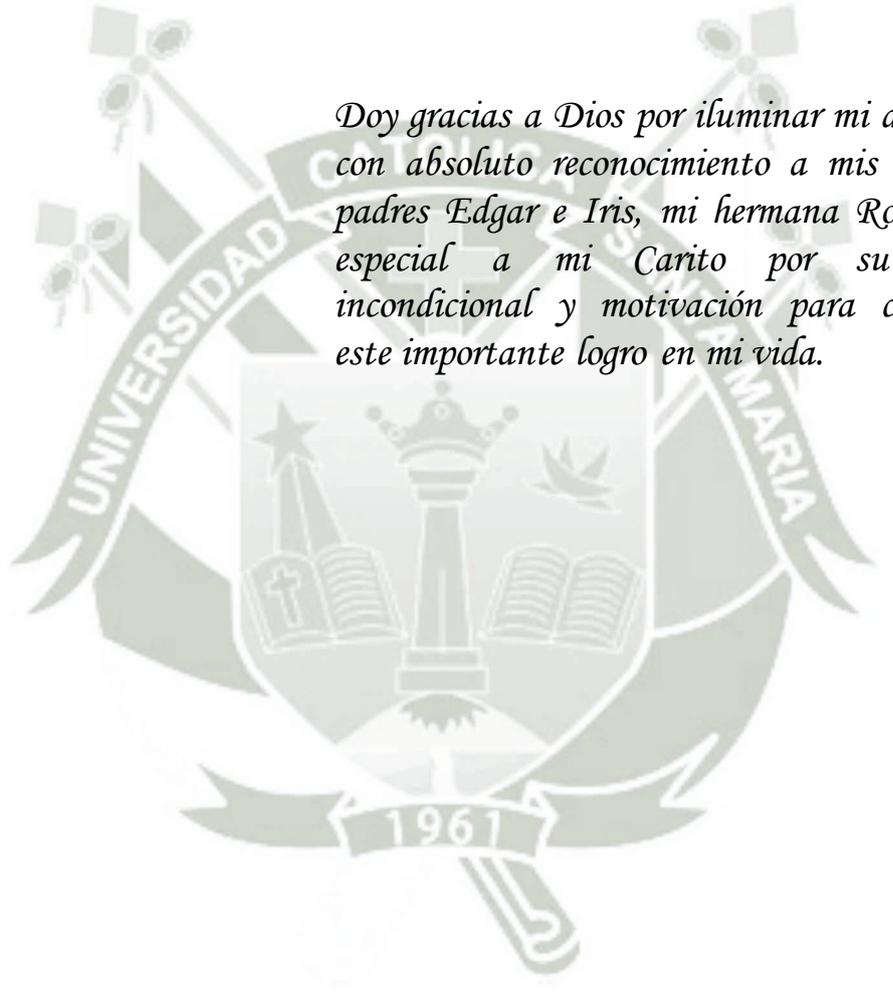
Para optar el Grado Académico de
**MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA
CON MENCIÓN EN GERENCIA**

**AREQUIPA – PERÚ
2005**



*“El hombre más pobre no se separaría
de su salud a cambio de dinero, pero el
hombre más rico daría con gusto toda
su fortuna a cambio de la salud”*

Charles Caleb Colton



Doy gracias a Dios por iluminar mi destino y con absoluto reconocimiento a mis queridos padres Edgar e Iris, mi hermana Rocío y en especial a mi Carito por su apoyo incondicional y motivación para concretar este importante logro en mi vida.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	09
CAPÍTULO ÚNICO	
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	
1. Conocimiento en Salud Pública	12
1.1. Concepto de Salud Pública	13
1.2. Políticas de Salud	16
1.3. Administración en Salud	23
1.4. Servicios de Salud	28
1.5. Salud Pública y Comunidad	35
2. Opinión sobre la Asignatura relacionada a Salud Pública	41
2.1. Contenido de las Clases Teóricas	42
2.2. Contenido de las Clases Prácticas	47
2.3. Concordancia de los Contenidos con los Objetivos	50
2.4. Utilidad para el Desarrollo Profesional	55
2.5. Didáctica del Docente en Salud Pública	64
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	75
Anexo 1: Proyecto de Tesis	76
Anexo 2: Instrumentos de Evaluación	166
Anexo 3: Matriz de sistematización	169

RESUMEN

La tesis intitulada **“CONOCIMIENTO Y OPINIÓN SOBRE LA ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA DE LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UCSM, AREQUIPA – 2004”**, tiene como objetivos, determinar el grado de conocimiento en Salud Pública y la opinión de los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, sobre la asignatura relacionada a Salud Pública.

La hipótesis, que ha servido de guía para la investigación, sustenta que es probable que los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina de la UCSM, no posean un conocimiento óptimo en Salud Pública ni se generen una opinión favorable sobre la Asignatura relacionada a Salud Pública, adquiridos durante el desarrollo de la misma y que no estén de acuerdo con las exigencias profesionales, curriculas y metodologías educativas actuales.

El presente estudio corresponde al tipo de investigación de campo y de nivel descriptivo.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la Encuesta y el instrumento fue una cédula de preguntas que se aplicó a los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina Humana.

Los resultados precisan que:

El grado de conocimiento en Salud Pública de los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María es “Regular”.

La opinión de la mayoría de los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María está “en

Descuerdo” sobre el desarrollo actual de la Asignatura relacionada a Salud Pública.

Es necesario mejorar el nivel académico y/o la metodología impartidos en lo referente a la asignatura relacionada a Salud Pública cursada por los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María así como valorar su opinión.

Por lo que la hipótesis planteada ha sido comprobada a través del estudio realizado, dado que el grado de conocimiento de los estudiantes adquirido durante el desarrollo de la asignatura relacionada a Salud Pública, no llega a ser óptimo y la opinión es de disconformidad sobre el actual desarrollo de la asignatura en mención.



ABSTRACT

The following thesis entitled **“KNOWLEDGE AND OPINION ABOUT THE SUBJECT RELATED TO PUBLIC HEALTH OF STUDENTS OF LAST YEAR OF UCSM HUMAN MEDICINE FACULTY, AREQUIPA – 2004”**, has as objectives, to determine the level of knowledge in Public Health and the opinion of students of the UCSM Human Medicine Faculty, about the subject related to Public Health.

Hypothesis, has proven as a research guideline, sustaining the possibility that the students of the last year of Human Medicine Faculty, do not have the optimal knowledge and a not favorable opinion about the subject related to Public Health, acquired during the development of the subject, and this will be not according necessity of capability.

The present study corresponds to the type of field investigation and of descriptive level.

Technique used to get data, was Inquiry, and instrument was Schedule of questions, that was applied to the students of the last year of Human Medicine Faculty.

Results outcome that:

The level of knowledge in Public Health, of the students of the last year of UCSM Human Medicine Faculty, is “Regular”.

The opinion of the most of the students of the last year of UCSM Human Medicine Faculty “is not according” about the actual development of the subject related to Public Health.

It is necessary to improve the academic degree and the methodology about the subject related to Public Health followed by students of UCSM Human Medicine Faculty, and to value their opinion.

Thus, given hypothesis, has been tried through the study performed, as the level of knowledge of the students that get training during the about the subject related to Public Health development, is not optimum and the opinion is not according about the actual development of the same subject.



INTRODUCCIÓN

Vivimos en un mundo globalizado en el que han aparecido nuevas formas organizacionales y reformas orientadas a estimular las innovaciones científicas y tecnológicas, la competitividad, la productividad y una cultura de calidad total en los servicios de salud. En este contexto mundial y nacional el sector salud a través de los servicios de salud replantea su misión, visión, objetivos y principios en ser servicios competitivos por lo que hay un renovado interés por la revaloración de recursos humanos competentes.

Ante este tipo particular de necesidades deben responder las currículas y metodologías educativas no solo en materia de medicina clínica individual y subindividual sino también en el campo de la Salud Pública y lograr su complementariedad.

Siendo la enfermedad visualizada como un sistema de perturbaciones individuales y colectivas, biológicas y sociales implica respuestas no solo de resolución biológica sino que además demandan estrategias económicas, sociales y políticas, es por ello que la Salud Pública como ciencia y arte cobra gran importancia y es motivo de preocupación constante, teniendo entre sus desafíos actuales la toma de decisiones oportunas por recursos humanos realmente capacitados, como es el caso del médico jefe o miembro de servicios de salud para lo que debe contar con un perfil de formación académico profesional que esté de acuerdo a las necesidades del país, perfil que es adquirido básicamente en la Universidad.

La formación universitaria de los estudiantes de medicina en el área de la Salud Pública tiene un rol trascendental mediante un proceso educacional de conocimientos, habilidades, actitudes y de valores.

El presente trabajo de investigación permitirá justamente describir y analizar el grado de conocimiento de contenidos teórico-prácticos sobre Salud Pública de los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, conocimientos básicos e indispensables para una óptima capacidad resolutoria de problemas nuevos y complejos que tendrá que enfrentar el futuro profesional dentro de una exigente realidad laboral.

Asimismo permitirá conocer y valorar la opinión de los estudiantes respecto al actual desarrollo de las asignaturas relacionadas a la Salud Pública.

Por tal motivo, se pretende conocer las debilidades del actual perfil académico de formación profesional en Salud Pública y mediante opiniones serias y veraces de los protagonistas aprovechar en formular sugerencias hasta ahora no conocidas o atendidas respecto a contenidos y metodologías de enseñanza de la asignatura con el objetivo de lograr la excelencia académica y profesional que es ideal de nuestra Universidad.

Se espera también que con este aporte, se pueda establecer una metodología que pueda integrar los conocimientos enseñados en los claustros universitarios, con la realidad nacional que tocará vivir a los jóvenes profesionales, constituyéndose en una alternativa y posibilidad de mejoramiento del sector salud, debiendo ubicarse a la Salud como un componente fundamental del desarrollo nacional

La investigación consta de 2 variables independientes: Conocimiento en Salud Pública y Opinión sobre la Asignatura relacionada a Salud Pública, cada una con 5 indicadores; la recolección de datos se hizo mediante una encuesta de 20 preguntas, 10 por cada variable, aplicada a los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina en las aulas de la Universidad Católica de Santa María. La tesis presenta un capítulo único de resultados con cuadros de frecuencias con sus respectivas interpretaciones, con gráficas circulares para la primera variable y de barras para la segunda variable por cada indicador, con carácter descriptivo, que permitirá evaluar adecuadamente los objetivos formulados, para luego plantear las respectivas conclusiones y recomendaciones.

Con especial cariño y gratitud a la Universidad Católica de Santa María, que hizo posible la presente investigación.

El Autor.



CAPÍTULO ÚNICO
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

1. CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA

El análisis de esta variable permitirá determinar el grado de conocimiento que han adquirido los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina sobre temas básicos referentes a la Salud Pública, los cuales serán indispensables para su futuro desempeño profesional como médicos.

Cada indicador se presenta en un cuadro de frecuencias con su respectiva interpretación y gráfica circular. Al final se muestra un cuadro, interpretación y gráfica que resume los totales de cada indicador que nos permite su comparación.

Para dar una valoración cualitativa a los resultados obtenidos en la investigación se ha establecido una escala de calificación que es la siguiente:

- **Conocimiento Excelente** : Mas del 90% de respuestas correctas.
- **Conocimiento Muy Bueno** : 76-90% de respuestas correctas.
- **Conocimiento Bueno** : 51-75% de respuestas correctas.
- **Conocimiento Regular** : 26-50% de respuestas correctas.
- **Conocimiento Deficiente** : Menos del 26% de respuestas correctas.

1.1. CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA



CUADRO N° 1

CONOCIMIENTO DEL CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA

CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Correcto	18	16%
Incorrecto	93	84%
No Sabe / No Opina	00	00%
TOTAL	111	100%
Nivel de Conocimiento:	DEFICIENTE	

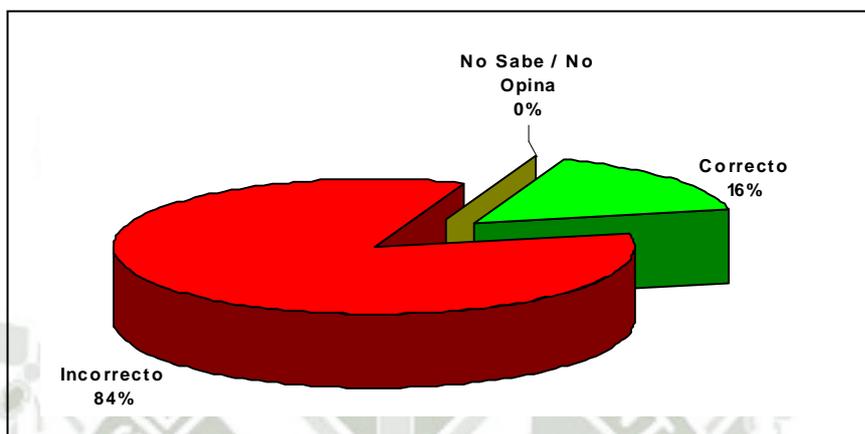
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

En el presente Cuadro en lo referente al conocimiento de Salud Pública, la población de estudiantes del último año de la Facultad de Medicina Humana de la UCSM, manifiestan en su mayoría (84%) un conocimiento incorrecto, la minoría (16%) un conocimiento correcto, y no sabe-no opina (0%).

Los resultados obtenidos, señalan que el nivel de conocimiento sobre el concepto de Salud Pública es totalmente "Deficiente". Resulta alarmante que menos de la cuarta parte del total de estudiantes del último año de la Facultad de Medicina, saben el concepto de Salud Pública dado que éste es el punto de partida para un claro entendimiento del desarrollo de la asignatura como de cualquier otra.

GRÁFICA N° 1

CONOCIMIENTO DEL CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004



1.2. POLÍTICAS DE SALUD



CUADRO N° 2

CONOCIMIENTO DE LA ADAPTACIÓN DE LAS POLÍTICAS
DE SALUD AL MODELO NEOLIBERAL

POLÍTICAS DE SALUD	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Correcto	52	47%
Incorrecto	54	48%
No Sabe / No Opina	05	05%
TOTAL	111	100%
Nivel de Conocimiento:	REGULAR	

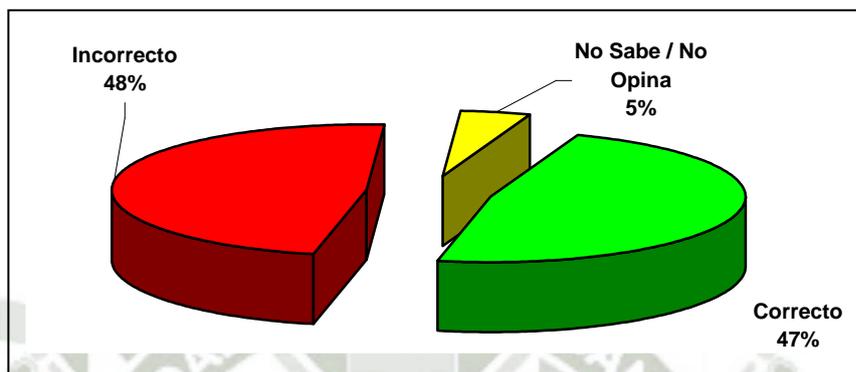
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

En cuanto a la adaptación de las Políticas de Salud al Modelo Neoliberal dentro de una coyuntura de globalización, el Cuadro N° 2 nos indica que un grupo importante de estudiantes tienen un conocimiento correcto (47%); sin embargo, existe un porcentaje muy similar de estudiantes que lo desconocen (48%), otro porcentaje no sabe y no respondió la pregunta referente al tema (5%).

En general, el nivel de conocimiento es "Regular", pero hay que considerar que la mayor parte de la población de estudiantes (53%), desconoce el Modelo al cual se han adaptado las Políticas de Salud vigentes en el país, lo que refleja la falta de conocimiento sobre la realidad sanitaria actual.

GRÁFICA N° 2

CONOCIMIENTO DE LA ADAPTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD AL MODELO NEOLIBERAL



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004



CUADRO N° 3

CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS A LOS QUE SE
DIRIGE LA REFORMA EN SALUD

PRINCIPIOS DE REFORMA EN SALUD	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Correcto	58	52%
Incorrecto	50	45%
No Sabe / No Opina	03	03%
TOTAL	111	100%
Nivel de Conocimiento:	BUENO	

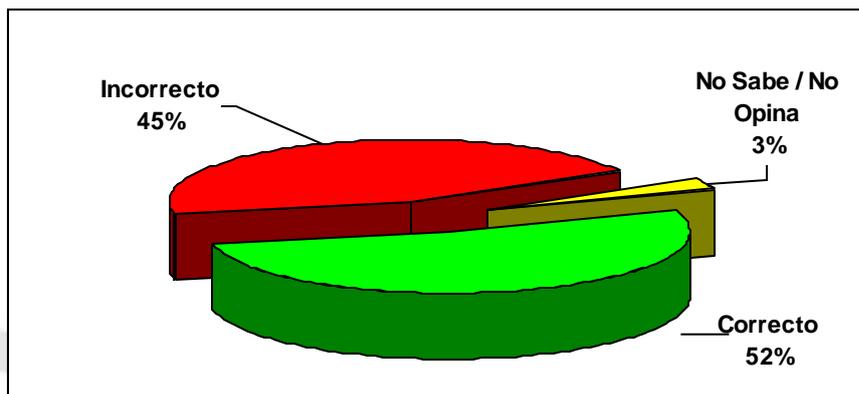
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

El Cuadro N° 3 nos muestra que el aspecto relacionado al conocimiento de los principios a los que se dirige la reforma en salud (Equidad, Eficiencia y Calidad) es conocido por la mayoría de estudiantes (52%); sin embargo, un porcentaje considerable lo desconoce (45%) y otro pequeño número no ha respondido la pregunta (3%).

En líneas generales, el nivel de conocimiento de los principios a los que se dirige la actual reforma en salud, es "Bueno", dado que más de la mitad de estudiantes encuestados respondió correctamente; sin embargo el desconocimiento del otro grupo, torna preocupante el hecho de que estudiantes del último año de Medicina, no tengan una referencia básica del tema.

GRÁFICA N° 3

CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS A LOS QUE SE DIRIGE LA REFORMA EN SALUD



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004



CUADRO N° 4

CONOCIMIENTO SOBRE QUIÉN ES RESPONSABLE DE LA SALUD
PÚBLICA, SEGÚN LA LEY GENERAL DE SALUD N° 26842

LEY GENERAL DE SALUD	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Correcto	40	36%
Incorrecto	62	56%
No Sabe / No Opina	09	08%
TOTAL	111	100%
Nivel de Conocimiento:	REGULAR	

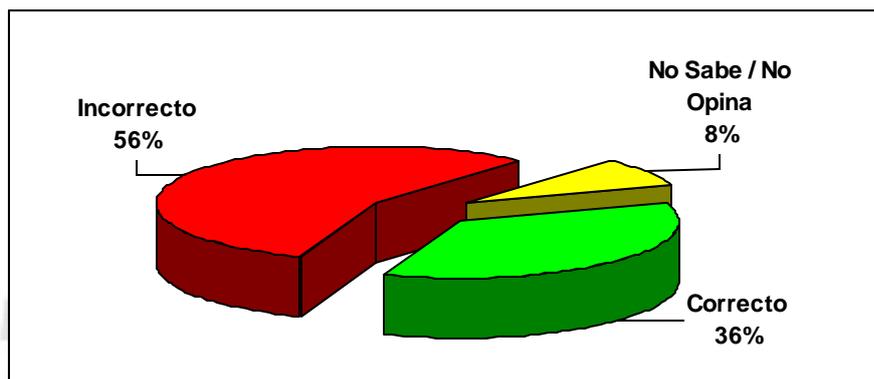
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

El Cuadro N° 4 en cuanto al conocimiento de que la Salud Pública es responsabilidad del Estado, según la Ley General de Salud (Ley N° 26842), indica que en la mayoría de estudiantes es incorrecto (56%), en un porcentaje minoritario de estudiantes es correcto (36%) y existe un grupo de estudiantes que no ha respondido la pregunta (8%).

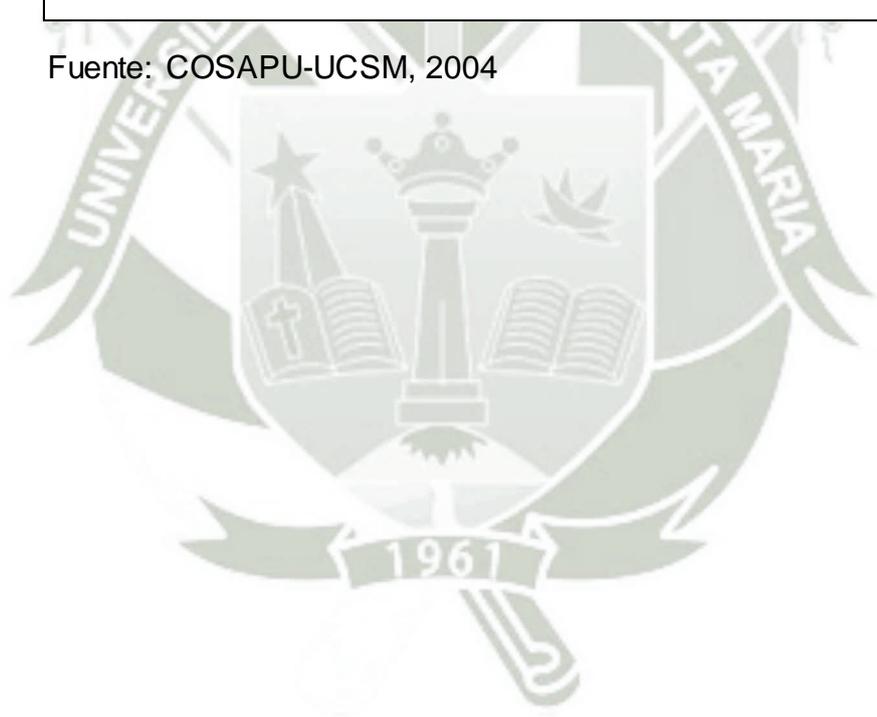
En este punto el nivel de conocimiento es considerado como "Regular", dado que un poco más de la tercera parte de estudiantes encuestados aparentemente conoce el tema. Esto demuestra un escaso conocimiento de la mayoría de estudiantes acerca de La Ley General de Salud que es fundamental que todo estudiante de medicina y sobre todo siendo médico conozca, para poder desenvolverse profesionalmente.

GRÁFICA N° 4

CONOCIMIENTO SOBRE QUIÉN ES RESPONSABLE DE LA SALUD PÚBLICA, SEGÚN LA LEY GENERAL DE SALUD N° 26842



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004





1.3 ADMINISTRACIÓN EN SALUD

CUADRO N° 5
CONOCIMIENTO DE LAS FASES DE LA
PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Correcto	68	61%
Incorrecto	40	36%
No Sabe / No Opina	03	03%
TOTAL	111	100%
Nivel de Conocimiento:	BUENO	

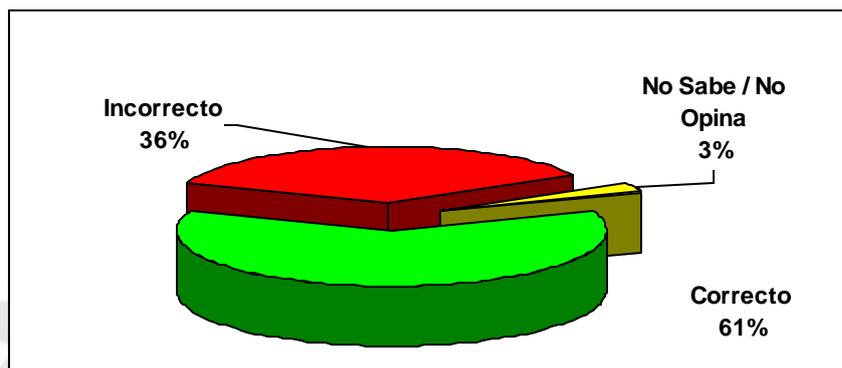
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

El presente Cuadro en cuanto al conocimiento de las fases de la Planificación Estratégica, definida en el análisis FODA, nos dice que es correcto en la mayoría de estudiantes de Medicina (61%); mientras que en la minoría es incorrecto (36%), y un pequeño grupo de estudiantes no ha respondido la pregunta (3%).

El nivel de conocimiento para las fases de la Planificación Estratégica, es considerado como "Bueno", demostrando el dominio parcial de los aspectos básicos del planeamiento estratégico. Sin embargo, es necesario señalar que un porcentaje considerable de estudiantes lo desconoce, o tiene un conocimiento incorrecto del mismo.

GRÁFICA N° 5

CONOCIMIENTO DE LAS FASES DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004



CUADRO N° 6
CONOCIMIENTO DEL CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS
DEL LIDERAZGO

CONCEPTO DE LIDERAZGO	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Correcto	62	56%
Incorrecto	47	42%
No Sabe / No Opina	02	02%
TOTAL	111	100%
Nivel de Conocimiento:	BUENO	

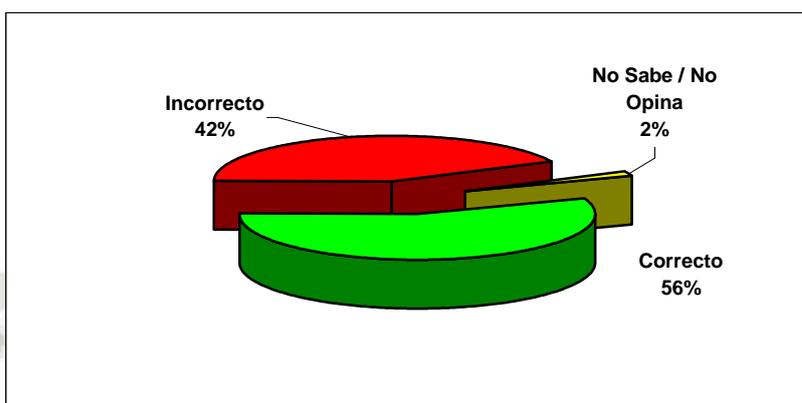
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

El Cuadro N° 6 indica que la mayor parte de estudiantes encuestados (56%), tiene un concepto correcto de Liderazgo; sin embargo un grupo importante de estudiantes tiene un conocimiento incorrecto (42%), y un pequeño grupo de ellos desconoce el tema (2%).

El nivel de conocimiento sobre el concepto y características de Liderazgo es considerado como "Bueno", pero a pesar de ello se muestra la falta de dominio del tema por parte de una minoría importante, que no pueden diferenciar en forma clara las características que debe tener una persona con capacidad de liderazgo, tanto en el campo de la Salud Pública como en cualquier otro.

GRÁFICA N° 6

CONOCIMIENTO DEL CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS DEL LIDERAZGO



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004





CUADRO Nº 7
CONOCIMIENTO DE LOS COMPONENTES
DEL MODELO DE ATENCIÓN

MODELO DE ATENCIÓN	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Correcto	30	27%
Incorrecto	79	71%
No Sabe / No Opina	02	02%
TOTAL	111	100%
Nivel de Conocimiento:	REGULAR	

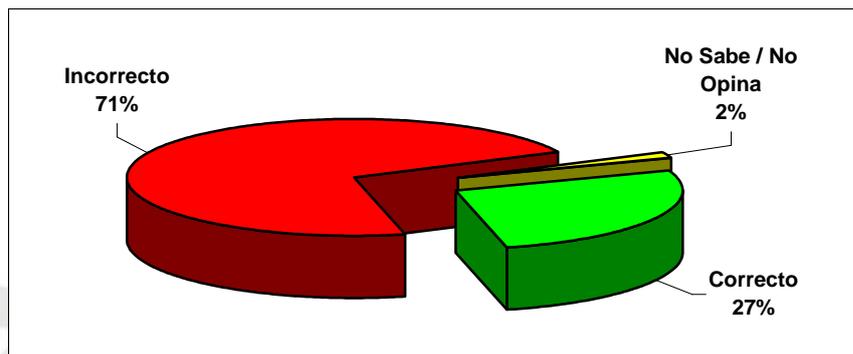
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

En relación a los componentes del Modelo de Atención, que son Prestación, Organización, Gestión y Financiamiento, se evidencia un desconocimiento en la mayoría de estudiantes de Medicina (71%); una minoría de estudiantes tienen un conocimiento correcto (27%), y un pequeño grupo (2%) no responde la pregunta.

Los resultados encontrados en este tema para el futuro desarrollo profesional califican el nivel de conocimiento como "Regular", lo cual crea un estado preocupante por lo que se tendrá que considerar e incidir en este punto en particular debido a la importancia que en él recae.

GRÁFICA N° 7

CONOCIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004



CUADRO N° 8

CONOCIMIENTO DEL TÉRMINO GESTIÓN

CONCEPTO DE GESTIÓN	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Correcto	56	50%
Incorrecto	52	47%
No Sabe / No Opina	03	03%
TOTAL	111	100%
Nivel de Conocimiento:	REGULAR	

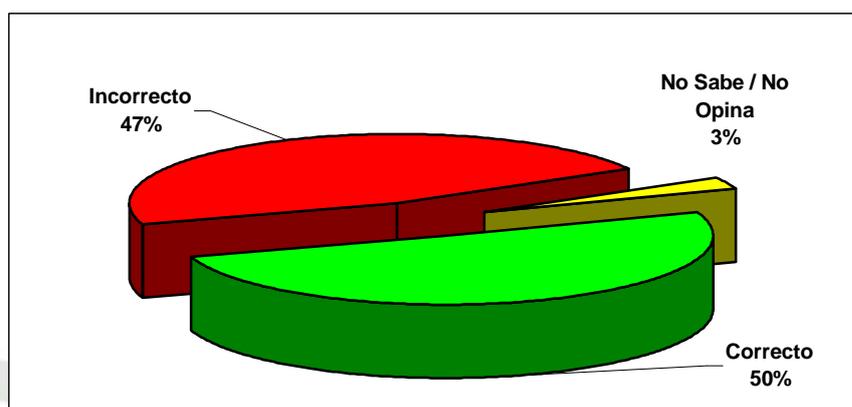
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

En el Cuadro N° 8, el conocimiento del término Gestión, como un proceso de proveer recursos, organizarlos y utilizarlos para producir bienes y/o servicios, se expresa en forma correcta por la mitad de estudiantes de Medicina (50%); y en forma incorrecta por un porcentaje menor (47%), y un pequeño grupo de estudiantes no responde a la pregunta (3%).

El nivel de conocimiento ha sido considerado como "Regular", sin embargo no dejando de lado al grupo que aparentemente conoce el tema, se debe señalar que casi la otra mitad de estudiantes tienen un conocimiento incorrecto de lo que significa el término Gestión, aspecto que está relacionado directamente con el funcionamiento de los servicios de salud.

GRÁFICA N° 8

CONOCIMIENTO DEL TÉRMINO GESTIÓN



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004



CUADRO N° 9

CONOCIMIENTO DEL CONCEPTO DE EFECTIVIDAD

CONCEPTO DE EFECTIVIDAD	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Correcto	27	24%
Incorrecto	81	73%
No Sabe / No Opina	03	03%
TOTAL	111	100%
Nivel de Conocimiento:	DEFICIENTE	

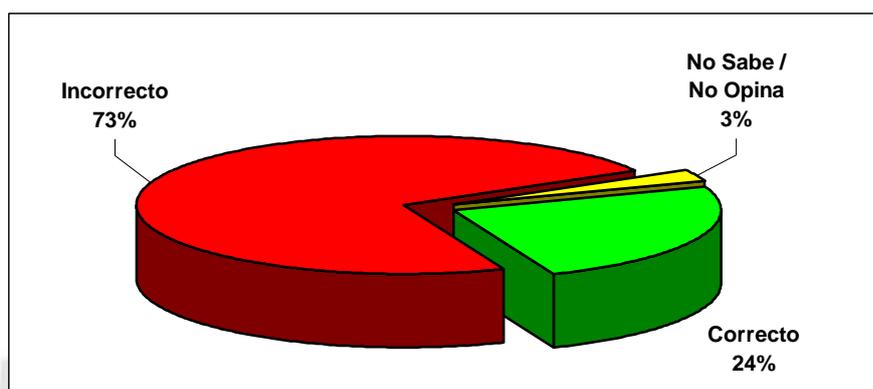
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

El conocimiento del concepto de Efectividad, como indicador de resultados de las acciones en salud sobre la población objeto de los mismos, se indica en el Cuadro N° 9 como incorrecto en un mayor porcentaje de los estudiantes de Medicina (73%), mientras que un grupo reducido de estudiantes conoce el significado de este término (24%), y un pequeño número de ellos, no da respuesta (3%).

El nivel de conocimiento es considerado como "Deficiente", debido precisamente a la falta de definición y puesta en práctica de este concepto con el que deberían estar muy familiarizados los estudiantes porque es un importante indicador en la evaluación de los servicios de salud relacionados a la calidad y eficiencia de los mismos.

GRÁFICA N° 9

CONOCIMIENTO DEL CONCEPTO DE EFECTIVIDAD



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004





1.5 SALUD PÚBLICA Y COMUNIDAD

CUADRO N° 10
CONOCIMIENTO SOBRE QUÉ SITUACIÓN DISMINUYE
LA TASA DE PREVALENCIA

TASA DE PREVALENCIA	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Correcto	21	19%
Incorrecto	86	77%
No Sabe / No Opina	04	04%
TOTAL	111	100%
Nivel de Conocimiento:	DEFICIENTE	

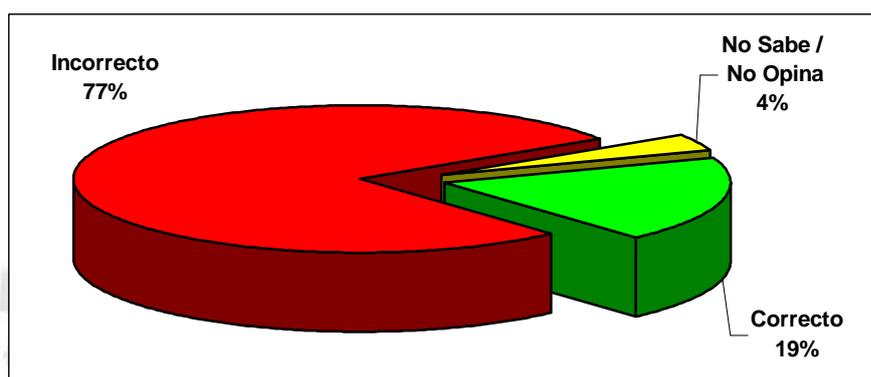
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

El Cuadro N° 10, en relación al conocimiento sobre la situación en que una elevada tasa de letalidad por la enfermedad disminuye la tasa de prevalencia, nos dice que es incorrecto por la mayor parte de estudiantes (77%), correcto por un pequeño grupo de ellos (19%) y algunos estudiantes no respondieron a la pregunta (4%).

El nivel de conocimiento sobre tasa de prevalencia ha sido considerado como totalmente "Deficiente", lo cual demuestra que un amplio porcentaje de estudiantes no sabe definir tanto prevalencia como letalidad, que son conceptos básicos de epidemiología, necesarios para un adecuado análisis de información relacionado al proceso salud-enfermedad.

GRÁFICA N° 10

CONOCIMIENTO SOBRE QUÉ SITUACIÓN DISMINUYE LA TASA DE PREVALENCIA



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004



CUADRO N° 11
RESUMEN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE
LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

ÍTEM	NIVEL DE CONOCIMIENTO	RESPUESTAS (%)			CALIFICACIÓN
		CORRECTAS	INCORRECTAS	NO RESPONDIDAS	
01	Concepto de Salud Pública	16%	84%	00%	DEFICIENTE
02	Políticas de Salud	47%	48%	05%	REGULAR
03	Principios de Reforma en Salud	52%	45%	03%	BUENO
04	Ley General de Salud	36%	56%	08%	REGULAR
05	Planificación Estratégica	61%	36%	03%	BUENO
06	Concepto de Liderazgo	56%	42%	02%	BUENO
07	Modelo de Atención	27%	71%	02%	REGULAR
08	Concepto de Gestión	50%	47%	03%	REGULAR
09	Concepto de Efectividad	24%	73%	03%	DEFICIENTE
10	Tasa de Prevalencia	19%	77%	04%	DEFICIENTE
TOTAL		39%	58%	03%	REGULAR

Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

En el Cuadro N° 11 se presenta los resultados generales sobre el conocimiento en Salud Pública que indican que los estudiantes del último año, en su mayoría, tienen un conocimiento incorrecto sobre esta materia (58%); y en menor cantidad se muestran los estudiantes cuyo conocimiento es correcto (39%); así como también se presentan

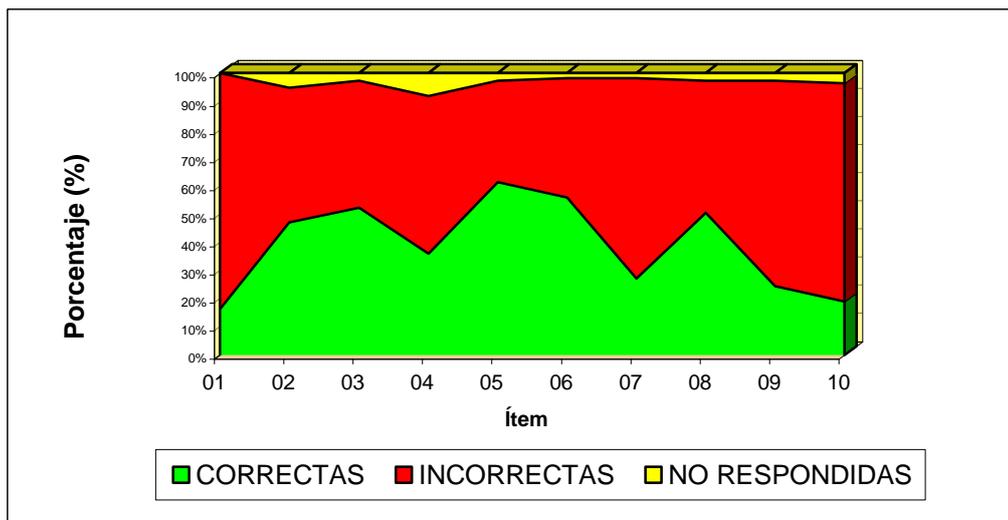
estudiantes que no han respondido a las preguntas por desconocimiento, duda u otros motivos (3%).

En forma global, considerando los 10 ítems, podemos calificar el nivel de conocimiento como "Regular", debido a que la gran mayoría de estudiantes desconocen o no tienen dominio de conceptos y temas básicos de la Salud Pública pese a que varios de ellos están consignados en el sílabo de aprendizaje, hecho que llama a la reflexión con preocupación, dado que el total de estudiantes próximos a ser profesionales y desenvolverse laboralmente, tendrán que ser muy competentes para enfrentar y dar solución a los numerosos problemas que atraviesa actualmente el sistema sanitario nacional.



GRÁFICA N° 11

RESUMEN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

2. OPINIÓN SOBRE LA ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA

El análisis e interpretación de la opinión sobre la asignatura permitirá conocer la apreciación que tienen los estudiantes tanto de su estructura como de su docencia para poder formular una crítica constructiva con la finalidad de replantear los aspectos que hasta la actualidad no han venido siendo los mejores. La opinión de los estudiantes puede estar de acuerdo, en desacuerdo o denegada.

De igual forma que la variable conocimiento se presentará un cuadro, interpretación y gráfica de barras por cada indicador y al final se mostrará el resumen de los mismos.

2.1. CONTENIDO DE LAS CLASES TEÓRICAS



CUADRO N° 12

**OPINIÓN SOBRE EL CONTENIDO DE LAS CLASES TEÓRICAS
DE LA ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA**

CONTENIDO DE LAS CLASES TEÓRICAS DE LA ASIGNATURA	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
De Acuerdo	25	23%
En Desacuerdo	56	50%
No opina	30	27%
TOTAL	111	100%

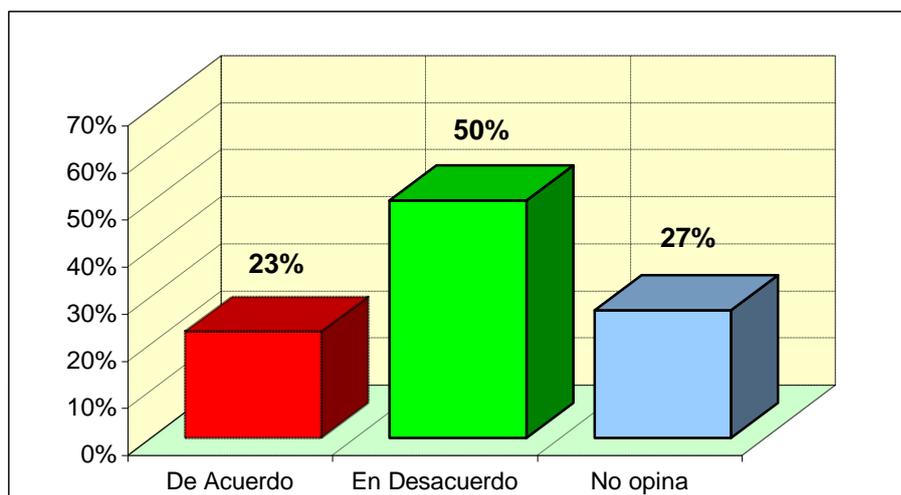
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

El Cuadro N° 12 nos indica que la mitad de los estudiantes de Medicina, se muestran en desacuerdo con el contenido de las clases teóricas de la Asignatura relacionada a Salud Pública, impartida en sus aulas (50%), un importante porcentaje de estudiantes no han opinado al respecto (27%) y la minoría de estudiantes están de acuerdo con el contenido de las clases teóricas (23%).

Este grado de desacuerdo por las clases teóricas es preocupante porque la asignatura en mención, y sobre todo el conocimiento teórico, se consideran como básicos para el desempeño profesional de todo médico, sin embargo, llama la atención de que casi la cuarta parte de estudiantes no muestra una opinión alguna, lo cual tiene que ver con una percepción personal o probablemente la falta de conocimiento sobre la realidad sanitaria actual.

GRÁFICA N° 12

OPINIÓN SOBRE EL CONTENIDO DE LAS CLASES TEÓRICAS DE LA ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004



CUADRO N° 13

OPINIÓN SOBRE LA ACTUALIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA
ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA A LA REALIDAD
NACIONAL

ACTUALIZACIÓN DE CONTENIDOS DE LA ASIGNATURA A LA REALIDAD NACIONAL	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
De Acuerdo	28	25%
En Desacuerdo	53	48%
No opina	30	27%
TOTAL	111	100%

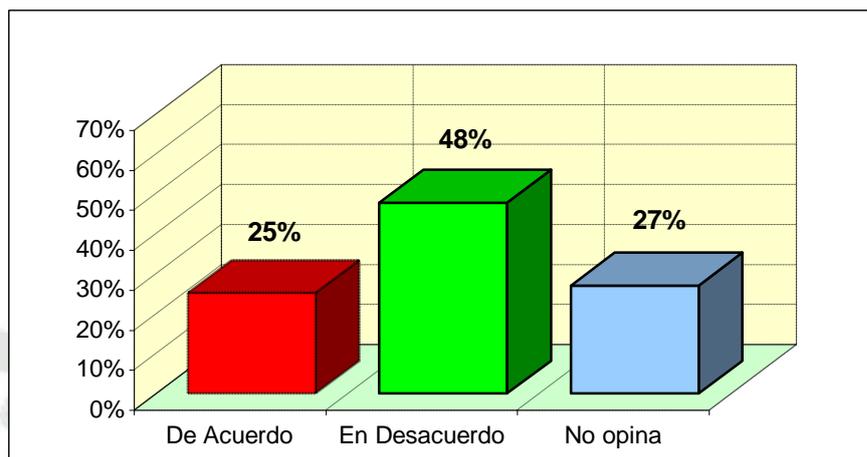
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

Según los resultados que se muestran en el Cuadro N° 13, la mayoría de estudiantes (48%) considera que los contenidos de la actual Asignatura, no están actualizados a la realidad nacional; sin embargo, un importante porcentaje (27%) no tiene una opinión definida al respecto y una minoría (25%) considera que los contenidos en mención si están actualizados.

Los resultados observados permiten asumir que la cuarta parte de alumnos opina que los contenidos se ajustan a la actual realidad sanitaria nacional, pero la mayoría de los estudiantes tiene claro que ésto no es así, por lo tanto se debe considerar una actualización de los mismos que sean necesarios para el mejor desarrollo de la asignatura, de acuerdo al presente y proyectándose al futuro.

GRÁFICA N° 13

OPINIÓN SOBRE LA ACTUALIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA A LA REALIDAD NACIONAL



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

2.2 CONTENIDO DE LAS CLASES PRÁCTICAS



CUADRO N° 14

OPINIÓN SOBRE EL CONTENIDO DE LAS CLASES PRÁCTICAS DE
LA ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA

CONTENIDO DE LAS CLASES PRÁCTICAS DE LA ASIGNATURA	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
De Acuerdo	31	28%
En Desacuerdo	49	44%
No opina	31	28%
TOTAL	111	100%

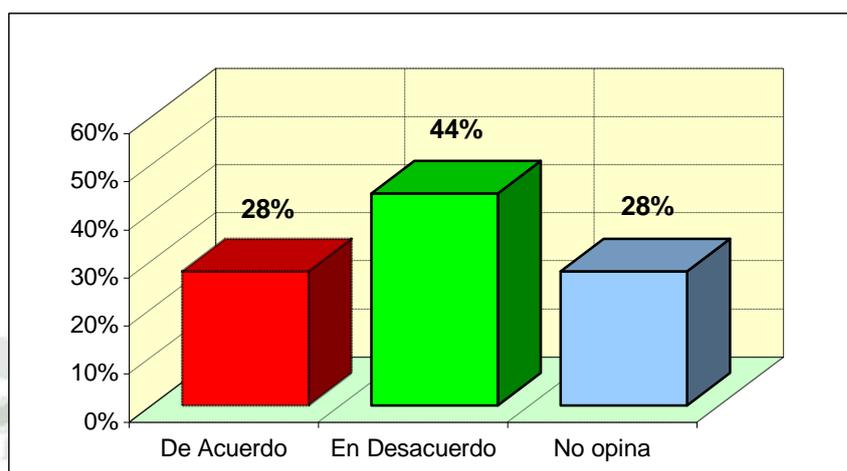
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, se puede apreciar en el presente Cuadro que la mayoría de estudiantes (44%) no está de acuerdo con el contenido de las clases prácticas de la asignatura relacionada a Salud Pública; sin embargo y en igual porcentaje (28%) se muestran los estudiantes que si están de acuerdo y los que no han opinado al respecto.

Los resultados observados permiten conocer la opinión de disconformidad de los estudiantes sobre el contenido y desarrollo de las clases prácticas de la asignatura, sin embargo, hay que rescatar la opinión de aquellos estudiantes que si están de acuerdo con ello. Debe considerarse beneficioso reformular contenidos y la metodología de esta parte de la asignatura.

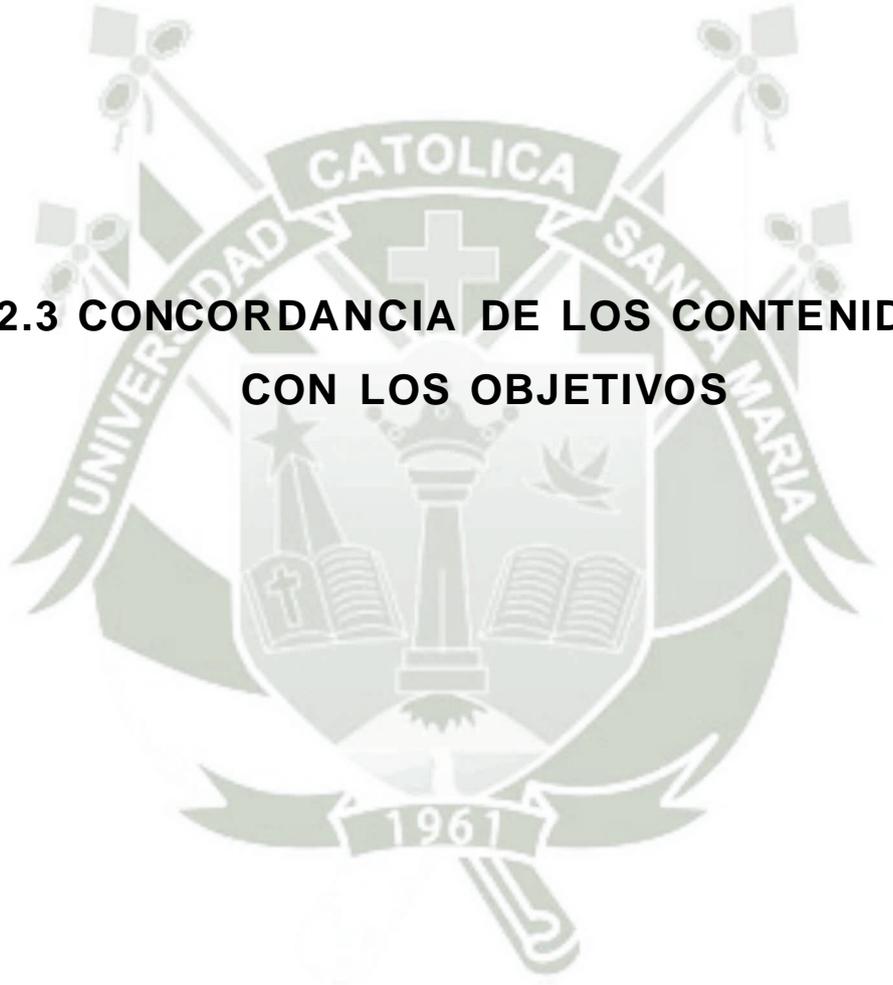
GRÁFICA N° 14

**OPINIÓN SOBRE EL CONTENIDO DE LAS CLASES PRÁCTICAS
DE LA ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA**



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004





2.3 CONCORDANCIA DE LOS CONTENIDOS CON LOS OBJETIVOS

CUADRO N° 15

**OPINIÓN SOBRE LA PERTINENCIA DE LA REESTRUCTURACIÓN
DE LA ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA**

REESTRUCTURACIÓN DE LA ASIGNATURA	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Clases Teóricas	14	13%
Clases Prácticas	13	12%
Clases Teóricas y Prácticas	59	53%
No debe Modificarse	14	13%
No opina	11	10%
TOTAL	111	100%

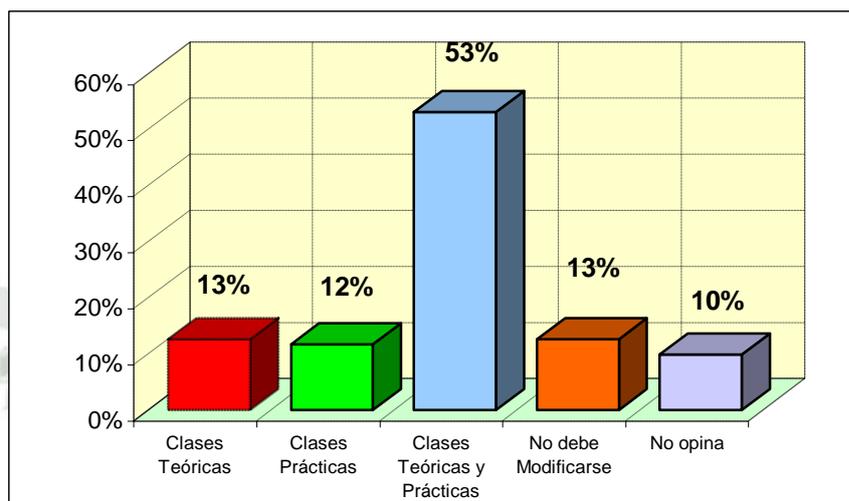
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

Según los resultados observados en el Cuadro N° 15, se aprecia que la mayoría de estudiantes considera necesario la reestructuración de las clases teóricas y prácticas (53%), en menor medida considera que debe reestructurarse las clases teóricas (13%) y opinan que no debe modificarse igual porcentaje (13%), un número similar opina que debe modificarse sólo las clases prácticas (12%) y la minoría de estudiantes se abstuvo de dar una opinión al respecto (10%).

En consecuencia, la mayoría de estudiantes considera que la asignatura relacionada a Salud Pública, debe reestructurarse tanto en sus clases teóricas como en sus clases prácticas, hecho que debe ser puntualizado y tomado en cuenta para mejorar la calidad de la educación en salud, con la finalidad de lograr la excelencia académica y profesional que propugna la Universidad Católica de Santa María.

GRÁFICA N° 15

OPINIÓN SOBRE LA PERTINENCIA DE LA REESTRUCTURACIÓN DE LA ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

CUADRO N° 16

OPINIÓN SOBRE LA CONCORDANCIA DE LOS CONTENIDOS DEL
CURSO CON LOS OBJETIVOS PLANTEADOS EN EL SÍLABO DE
LA ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA

CONCORDANCIA DE LOS CONTENIDOS DEL CURSO CON LOS OBJETIVOS DEL SÍLABO DE APRENDIZAJE	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
De Acuerdo	22	20%
En Desacuerdo	58	52%
No opina	31	28%
TOTAL	111	100%

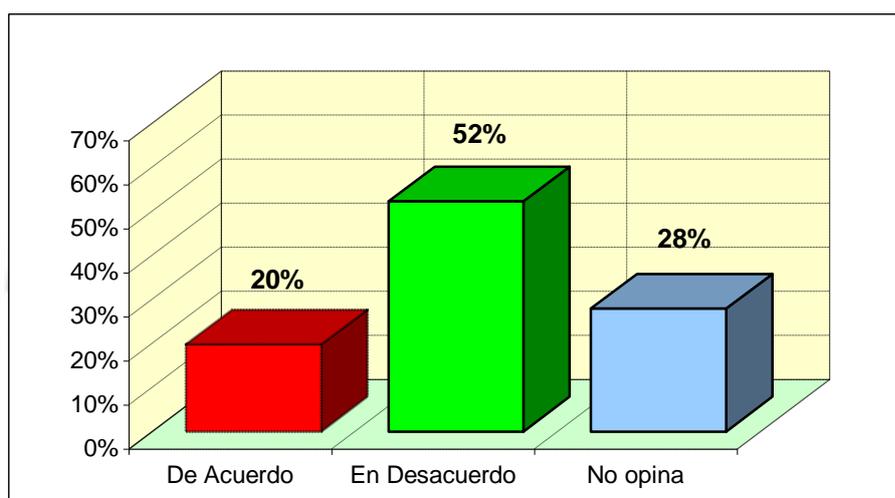
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

En el Cuadro N° 16 la mayoría de los estudiantes considera que no hay concordancia entre los contenidos del curso con los objetivos planteados en el sílabo de la Asignatura relacionada a Salud Pública (52%); sin embargo existe un importante grupo de estudiantes (28%) que no opina al respecto y la minoría (20%) manifiesta que si hay concordancia entre estos aspectos.

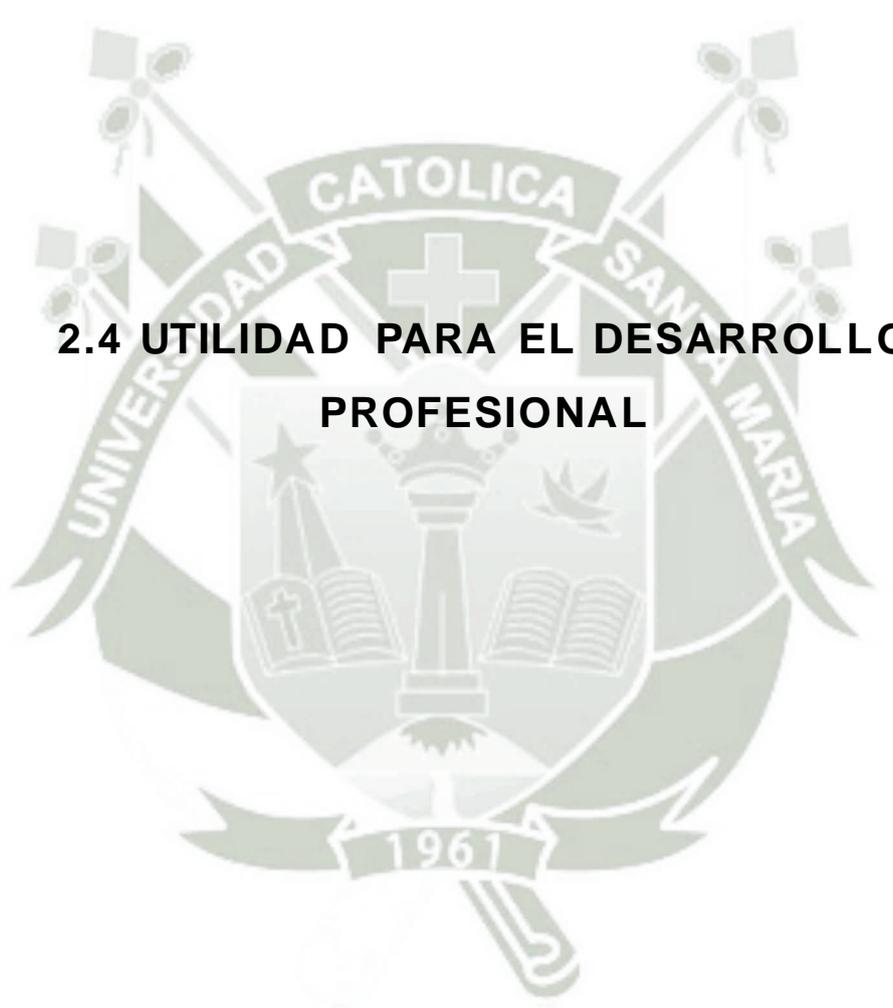
Estos resultados permiten asumir que los estudiantes tienen una opinión mayoritaria de que existe discordancia entre los objetivos del perfil académico en la formación profesional consignado en el sílabo y los contenidos del curso, hecho que podría ser mejorado directamente por los docentes de la asignatura. Otro punto a tomar en cuenta es que el grupo que no da su opinión puede deberse a que no conocen el contenido del sílabo de aprendizaje de esta asignatura.

GRÁFICA N° 16

OPINIÓN SOBRE LA CONCORDANCIA DE LOS CONTENIDOS DEL CURSO CON LOS OBJETIVOS PLANTEADOS EN EL SÍLABO DE LA ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004



2.4 UTILIDAD PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL

CUADRO N° 17

OPINIÓN SOBRE LA SATISFACCIÓN DE EXPECTATIVAS
ACADÉMICAS DE LA ASIGNATURA RELACIONADA
A SALUD PÚBLICA

SATISFACCIÓN DE EXPECTATIVAS ACADÉMICAS COMO ESTUDIANTE DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
De Acuerdo	17	15%
En Desacuerdo	69	62%
No opina	25	23%
TOTAL	111	100%

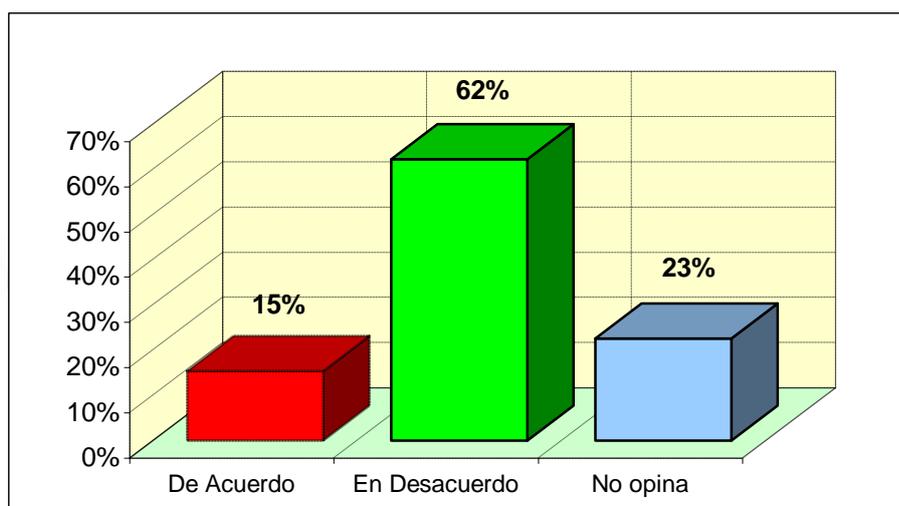
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

Los estudiantes de medicina muestran una gran insatisfacción a sus expectativas académicas sobre la Asignatura relacionada a Salud Pública como lo indica el Cuadro N° 17, lo cual provoca una masiva disconformidad (62%), comparada con un importante porcentaje de estudiantes que no han opinado (23%) y para la minoría de ellos si ha satisfecho sus expectativas (15%).

Este grado de insatisfacción alcanzado es preocupante, porque la asignatura en mención se considera en la actualidad muy importante para el desarrollo profesional de todo médico competente, sin embargo llama la atención de que casi la cuarta parte de estudiantes no muestre una opinión que esté de acuerdo ni en desacuerdo con este aspecto, lo cual tiene que ver con la escasa percepción de la realidad actual, ya sea por una inadecuada orientación del docente durante el desarrollo de la asignatura o debido a otros motivos.

GRÁFICO Nº 17

OPINIÓN SOBRE LA SATISFACCIÓN DE EXPECTATIVAS ACADÉMICAS DE LA ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

CUADRO N° 18

**OPINIÓN SOBRE LA UTILIDAD DE LOS CONTENIDOS IMPARTIDOS
EN LA ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA PARA
EL POSTERIOR DESARROLLO PROFESIONAL
DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA**

UTILIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LA ASIGNATURA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
De Acuerdo	39	35%
En Desacuerdo	47	42%
No opina	25	23%
TOTAL	111	100%

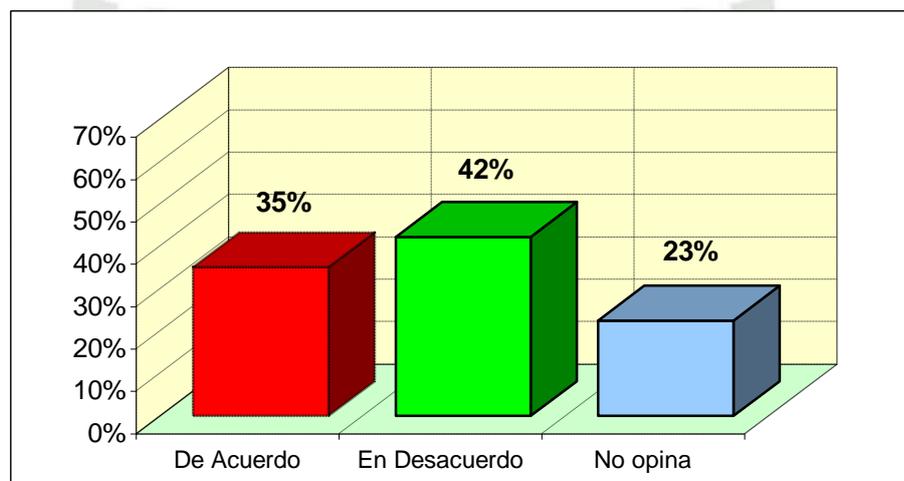
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

Los resultados mostrados en el Cuadro N° 18 indican que la mayoría de estudiantes (42%) consideran que los contenidos impartidos en la asignatura relacionada a Salud Pública no son útiles para su futuro desempeño profesional como médico; en menor medida (35%) consideran que estos contenidos sí serán útiles y la minoría (23%) no emite opinión al respecto.

Estos resultados permiten asumir que muchos estudiantes, a pesar de conocer las limitaciones de la asignatura, reconocen que los contenidos recibidos les van a ser útiles en su futuro profesional pero el grupo mayoritario opina que los conocimientos impartidos no les servirán de nada restando importancia a esta asignatura. El grupo minoritario que no emitió opinión alguna esta desorientado acerca de su futuro profesional.

GRÁFICO Nº 18

OPINIÓN SOBRE LA UTILIDAD DE LOS CONTENIDOS IMPARTIDOS EN LA ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA PARA EL POSTERIOR DESARROLLO PROFESIONAL DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

CUADRO N° 19

OPINIÓN SOBRE LA CONTINUACIÓN POSTERIOR DE
ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA

CONTINUACIÓN POSTERIOR DE ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
SI	36	32%
NO	48	43%
NO OPINA	27	24%
TOTAL	111	100%

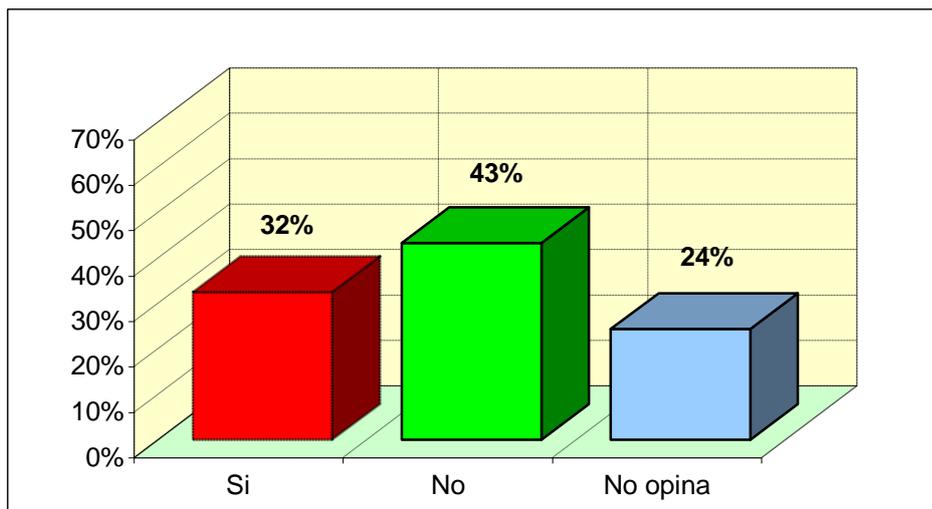
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

En el Cuadro N° 19 los resultados presentados indican que la mayoría de estudiantes (43%) piensa no continuar con estudios posteriores en Salud Pública; sin embargo un importante grupo de estudiantes (32%) considera que si continuará estudios relacionados; pero también la minoría (24%) no tiene una opinión formada al respecto.

Estos resultados ratifican el hecho de que la experiencia de los estudiantes con la mencionada asignatura ha originado una falta de motivación hacia estudios de postgrado o de segunda especialidad relacionada a este campo. Esta bien entendido que hay quienes con una percepción clara sobre la importancia de la Salud Pública continuarán realizando estudios, pero el grupo mayoritario no tiene interés alguno en continuar afianzando sus conocimientos. Por lo que es fundamental conocer las causas que motivan esta actitud de los estudiantes de medicina hacia la Salud Pública. Sin embargo también, es conveniente señalar que casi la cuarta parte de los estudiantes no tienen aún una opinión formada al respecto.

GRÁFICO N° 19

OPINIÓN SOBRE LA CONTINUACIÓN POSTERIOR DE ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004



CUADRO N° 20

OPINIÓN SOBRE LA IMPRESCINDIBILIDAD DE LA SALUD PÚBLICA
PARA MEJORAR LA SITUACIÓN SANITARIA DEL PAÍS

IMPRESCINDIBILIDAD DE LA SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DE SALUD DEL PAÍS	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
De Acuerdo	78	70%
En Desacuerdo	14	13%
No Opina	19	17%
TOTAL	111	100%

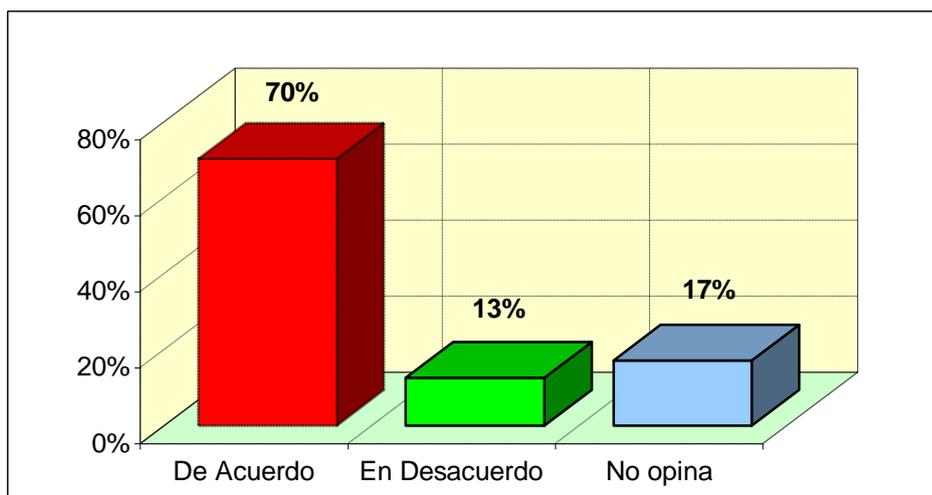
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

En el Cuadro presentado, se puede apreciar que la gran mayoría de estudiantes de medicina (70%) considera que la Salud Pública es imprescindible para mejorar la situación sanitaria actual de nuestro país. Sin embargo hay un importante número de estudiantes que no opinan al respecto (17%) y la minoría de estudiantes (13%) considera que no es imprescindible.

La valoración que dan los estudiantes es clara y contundente, porque la gran mayoría reconoce la gran importancia de la Salud Pública en el mejoramiento de las condiciones sanitarias existentes, sin embargo, hay que considerar que un importante grupo, aunque minoritario, considera que esta mejora no depende de la Salud Pública.

GRÁFICO N° 20

OPINIÓN SOBRE LA IMPRESCINDIBILIDAD DE LA SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SITUACIÓN SANITARIA DEL PAÍS



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004





2.5 DIDÁCTICA DEL DOCENTE DE SALUD PÚBLICA

CUADRO N° 21

OPINIÓN SOBRE LA METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA EMPLEADA
POR LOS DOCENTES DE LA ASIGNATURA RELACIONADA
A SALUD PÚBLICA

METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA DE LOS DOCENTES DE LA ASIGNATURA	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
De Acuerdo	19	17%
En Desacuerdo	71	64%
No opina	21	19%
TOTAL	111	100%

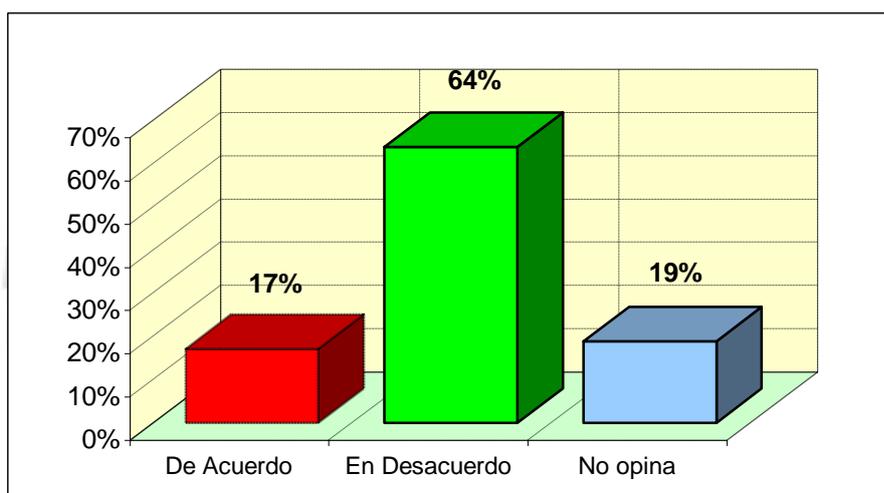
Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

En el Cuadro y la Gráfica presentados, se aprecia que la mayoría de estudiantes de Medicina (64%), no está de acuerdo con la metodología de enseñanza de los docentes de la asignatura relacionada a Salud Pública. Sin embargo, un importante número de estudiantes (19%) se reserva de opinar al respecto y la minoría de ellos (17%) si está de acuerdo con las metodologías empleadas.

Esta apreciación de los estudiantes, resulta en una abrumadora disconformidad con la metodología de enseñanza aplicada por los docentes de la asignatura; sin embargo, conviene señalar el hecho de que existe un pequeño porcentaje que si está satisfecho, lo cual supone que se pueden rescatar aspectos positivos, pero hay que considerar y analizar los negativos para ser corregidos oportunamente.

GRÁFICO N° 21

OPINIÓN SOBRE LA METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA EMPLEADA POR LOS DOCENTES DE LA ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

CUADRO Nº 22

**RESUMEN DE LA OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES SOBRE LA
ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA**

ÍTEM	OPINIÓN	RESPUESTAS (%)		
		DE ACUERDO	EN DESACUERDO	OPINIÓN DENEGADA
11	CONTENIDO DE LAS CLASES TEÓRICAS DE LA ASIGNATURA	23%	50%	27%
12	ACTUALIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA ASIGNATURA A LA REALIDAD NACIONAL	25%	48%	27%
13	CONTENIDO DE LAS CLASES PRACTICAS DE LA ASIGNATURA	28%	44%	28%
14	REESTRUCTURACIÓN DE LA ASIGNATURA	77%	13%	10%
15	CONCORDANCIA DE LOS CONTENIDOS DEL CURSO CON LOS OBJETIVOS DEL SÍLABO DE APRENDIZAJE	20%	52%	28%
16	SATISFACCIÓN DE EXPECTATIVAS ACADÉMICAS COMO ESTUDIANTE DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA	15%	62%	23%
17	UTILIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LA ASIGNATURA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL	35%	42%	23%
18	CONTINUACIÓN POSTERIOR DE ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA	32%	43%	24%
19	IMPRESCINDIBILIDAD DE LA SALUD PUBLICA PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DE SALUD DEL PAÍS	70%	13%	17%
20	METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA DE LOS DOCENTES DE LA ASIGNATURA	17%	64%	19%
TOTAL		34%	43%	23%

Fuente: COSAPU-UCSM, 2004

Los resultados mostrados en el Cuadro N° 22, indican que la mayoría de estudiantes (43%) tiene una opinión que está en desacuerdo sobre aspectos relacionados con la Asignatura relacionada a Salud Pública; sin embargo un menor número de estudiantes (28%) tiene una opinión que está de acuerdo sobre estos mismos aspectos. Así, como también un importante porcentaje (27%) no ha emitido una opinión definida.

Todo ello demuestra la existencia de algunas falencias tanto en los contenidos, sílabo, didáctica, experiencia del docente, dictado u otros aspectos relacionados con la asignatura relacionada a Salud Pública, que deben ser analizadas de manera constructiva para el mejoramiento del sistema académico, no sólo de ésta, sino de todas y cada una de las asignaturas que forman parte de la currícula académica de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María para lograr en el largo, mediano y porque no en el corto plazo un perfil académico que permita la formación de profesionales cada vez más competentes.

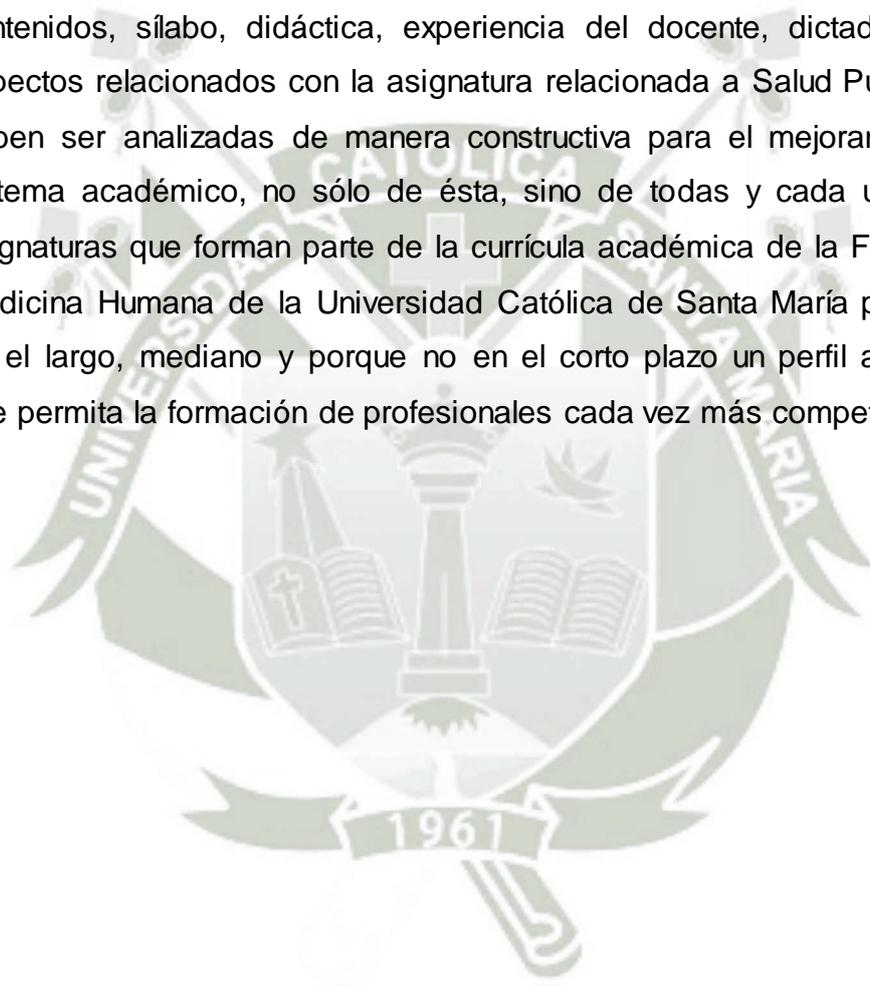
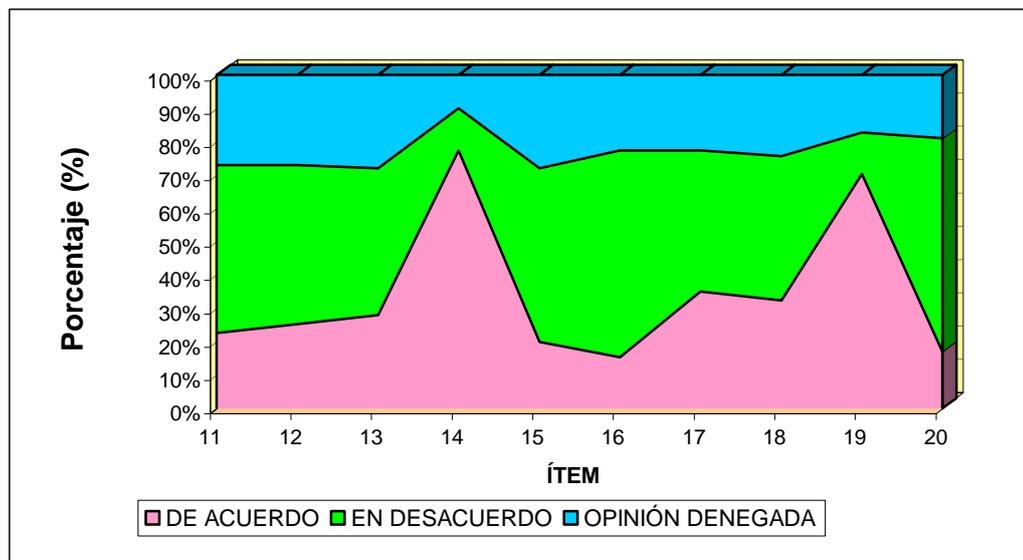


GRÁFICO N° 22

RESUMEN DE LA OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES SOBRE LA ASIGNATURA RELACIONADA A SALUD PÚBLICA



Fuente: COSAPU-UCSM, 2004



CONCLUSIONES

- Primera** : El nivel de conocimiento en Salud Pública de los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María es “Regular”.
- Segunda** : La opinión de la mayoría de los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María está “en Desacuerdo” sobre el desarrollo actual de la asignatura relacionada a Salud Pública.
- Tercera** : Después de haber culminado el trabajo de investigación, de haber analizado e interpretado los resultados obtenidos y de haber cumplido con los objetivos propuestos se llega a la conclusión de que la hipótesis ha sido comprobada.

RECOMENDACIONES

- Primera** : Modificar el nombre de la asignatura que hasta ahora se lleva como Medicina Social y Administración en Salud por el de Salud Pública por contener los sílabos actuales temas no solo relacionados a estas denominaciones, así como también lo refieren los Sílabos de Aprendizaje de otras Universidades Regionales y Nacionales y como lo propone el Comité Nacional de Residencia Médico, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina y el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos.
- Segunda** : Modificar y actualizar los Sílabos de Aprendizaje tanto a nivel teórico como práctico de la asignatura relacionada a Salud Pública sobre temas de mayor relevancia laboral y profesional de acuerdo a la realidad sanitaria regional y nacional como son los temas: Políticas y Reformas del Sector Salud, Epidemiología en Salud, Planificación Estratégica, Servicios de Salud y Gestión en Salud entre otros, como también incidir en el dominio de conocimientos básicos de éstos y otros temas que son ya considerados.
- Tercera** : Mejorar el nivel académico y la metodología de enseñanza empleada por los docentes de la actual asignatura dando a conocer la importancia del estudio de la Salud Pública y de esta forma incentivar a los estudiantes para continuar realizando estudios posteriores en este campo fomentando el espíritu de investigación.
- Cuarta** : Teniendo como base la investigación realizada, se pueden formular hipótesis similares del mismo tema para posteriores estudios, que permitan evaluar a los estudiantes del último año de todas las Facultades dentro

del área de las Ciencias de la Salud y por que no de otras, valorando y analizando la opinión de los protagonistas, los estudiantes, con la finalidad de promover perfiles de excelencia académica y profesional como es el ideal de nuestra Universidad Católica de Santa María.



BIBLIOGRAFÍA

1. ARROYO, JUAN. Salud: La Reforma Silenciosa. Universidad Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración. Enero 2000.
2. CEPAL: La Descentralización de la Educación y la Salud, un análisis de la Experiencia latinoamericana, 1998.
3. CIDEPSA/MINSA/OPS: Formación de Recursos Humanos en Salud, Nro, Lima 1993.
4. HERMIDA, J., R SERRA, C. KASTIKA. Administración y Estrategia. Cuarta Edición.
5. HERNÁNDEZ SAMPIERI, ROBERTO. Metodología de la Investigación. Segunda Edición. 1991.
6. Ministerio de Salud. Desafío del cambio de Milenio. Un sector Salud con Equidad, Eficiencia y Calidad. Lineamientos de Política de Salud 1995-2000. Lima, Perú. Diciembre de 1995.
7. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012 y Fundamentos para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001- Julio 2006. Enero 2002.
8. Ministerio de Salud (1997) Ley 26842. Ley general de Salud. Diario Oficial "El Peruano" Normas Legales. 20 de Julio de 1997. Editora Perú. Lima.
9. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Global. Lima, 1999.
10. PAREDES NÚÑEZ, JULIO. Manual para la Investigación Científica. Escuela de postgrado, UCSM, Arequipa, 2003.
11. PÉREZ ROSADO, MARCO. Investigación Científica. Escuela de Postgrado, UCSM, Arequipa 2003.

12. Universidad Católica de Santa María. Sílabos de Aprendizaje de las asignaturas de Medicina Social I, II, III y IV. Facultad de Medicina Humana. UCSM, Arequipa, 2003.
13. Universidad Católica de Santa María. Sílabos de Aprendizaje de las asignaturas de Administración en Salud I y II. Facultad de Medicina Humana. UCSM, Arequipa, 2003.
14. Universidad Católica de Santa María. Sílabos de Aprendizaje de las asignaturas de Medicina Social I, II, III y IV. Facultad de Medicina Humana. UCSM, Arequipa, 2004-2005
15. Universidad Católica de Santa María. Sílabos de Aprendizaje de las asignaturas de Administración en Salud I y II. Facultad de Medicina Humana. UCSM, Arequipa, 2004-2005.

HEMEROGRAFÍA

1. CUBA CORRIDO, BRAULIO. Administración en Salud. Arequipa 2002.
2. FUENTES DE CUBA, MARÍA. Epidemiología. Escuela de Postgrado UCSM, Arequipa , 2003.
3. VARGAS DE FLORES, DOMINGA. Realidad Sanitaria y Modelos de Atención. Arequipa, 2002.
4. VARGAS DE FLORES, DOMINGA. Tecnología Educativa y Docencia en Salud. Escuela de Postgrado, UCSM, Arequipa 2003.
5. PAJUELO PONCE, ROSSANA. Propuesta de Modelo de Prestación y Gestión. Proyecto de Apoyo a la reforma de salud en Arequipa, 1999.
6. VELA QUICO, ALEJANDRO. Salud Pública: Retos y Perspectivas. Arequipa, 2002.
7. VELA QUICO, ALEJANDRO. Políticas y Estrategias en Salud. Arequipa 2003.





ANEXO 1
PROYECTO DE TESIS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
CON MENCIÓN EN GERENCIA



**“CONOCIMIENTO Y OPINIÓN SOBRE LA ASIGNATURA RELACIONADA A
SALUD PÚBLICA DE LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE
LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA - 2004”**

Proyecto de Tesis presentado por el Bachiller:
LUIS ALBERTO ÁLVAREZ ANKASS

Para optar el Grado Académico de:
**MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA
CON MENCIÓN EN GERENCIA**

AREQUIPA – PERÚ
2005

PREÁMBULO

El campo de la Salud Pública tiene mucha importancia y es motivo de preocupación constante por la trascendencia que tiene para toda persona que en su dimensión integral requiera los servicios de salud como derecho constitucional.

Es imprescindible el conocimiento teórico- práctico de aspectos fundamentales como son la Políticas de Salud, Administración en Salud, Servicios de Salud, Misión de la Salud Pública y Atención Comunitaria entre otros, por parte del médico como es mi caso, que nos permita una óptima capacidad resolutive en nuestro campo laboral que se verá reflejada cuando se tenga que cumplir por un año el servicio rural urbano marginal de salud (SERUMS) o donde se tenga que laborar profesionalmente una vez que se egrese de la Universidad.

En tal sentido el presente trabajo de investigación permitirá dar a conocer el nivel de preparación académica en Salud Pública recibida a través de los contenidos de las asignaturas relacionadas: Medicina Social y Administración en Salud, de los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, quienes próximos a ser médicos tendrán que enfrentarse a una realidad distinta a la de las clases de Salud Pública en la Universidad. Es por ello que la formación profesional adecuada es fundamental, donde la Universidad juega un rol trascendental y en la que muchos estudiantes por diversos motivos no tuvieron una adecuada preparación académica o no supieron aprovecharla y que mediante la recolección de las opiniones serias y veraces podemos dar a conocer las debilidades percibidas por los estudiantes, de la asignatura y que se tendrán que tomar en cuenta para posteriormente plantear correcciones o soluciones con el propósito de mejorar la formación profesional y así la Salud Pública .

Por tanto el presente estudio determinará el nivel de conocimiento en Salud Pública y la opinión de los estudiantes de medicina del último año acerca de la actual asignatura, mediante la técnica del cuestionario.

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del problema

“Conocimiento y Opinión sobre la Asignatura relacionada a Salud Pública de los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina Humana de la UCSM, Arequipa 2004”

1.2. Descripción del Problema

- **Área de conocimiento:**
 - a) General : Ciencias de la Salud.
 - b) Específica : Salud Pública.
- **Análisis de Variables:**

VARIABLES	INDICADORES
<p>Conocimiento en Salud Pública: Nivel de entendimiento adquirido sobre temas puntuales de Salud Pública.</p>	<p>Salud Pública-Concepto Políticas de Salud Administración en Salud Servicios de Salud Salud Pública y Comunidad</p>
<p>Opinión sobre la Asignatura relacionada a Salud Pública: Valoración Subjetiva de la actual Asignatura relacionada a Salud Pública</p>	<p>Contenido de las clases teóricas de la asignatura Contenido de las clases prácticas Concordancia de los contenidos con sus objetivos Utilidad para el desarrollo profesional Didáctica del docente de Salud Pública</p>

- **Interrogantes de Investigación**

1. ¿Cuál es el conocimiento en Salud Pública de los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina Humana del Universidad Católica de Santa María?
2. ¿Qué opinión se generan los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina Humana de la UCSM, sobre la Asignatura relacionada a Salud Pública?

- Tipo de investigación:
Investigación de campo
- Nivel de investigación:
Investigación a nivel descriptivo

1.3. Justificación del problema

Es de **Relevancia Científica** porque la investigación propuesta permitirá conocer el nivel de conocimiento de los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María sobre contenidos básicos en Salud Pública y que serán indispensables para una óptima y oportuna capacidad resolutive de problemas nuevos y complejos que tendrá que enfrentar el futuro profesional médico dentro de un exigente mercado laboral; asimismo permitirá conocer, valorar y analizar la opinión de los mismos protagonistas, que son los estudiantes, sobre el actual desarrollo de la asignatura relacionada a Salud Pública para formular sugerencias hasta ahora no conocidas o atendidas.

Es de **Relevancia Humana o Social** porque el significado que esta investigación es pretender conocer las debilidades del actual perfil de formación académico profesional en Salud Pública de la Facultad de Medicina Humana mediante la

evaluación y análisis de conocimientos y de las opiniones de los estudiantes de medicina próximos a graduarse de médicos, brindando de esta forma, información valiosa a dicha Facultad con el fin de establecer mecanismos que autorregulen y promuevan el mejoramiento continuo de la Educación Médica en Salud Pública y constituirse en una alternativa de desarrollo del Sector Salud. Por ello la Universidad juega un rol trascendental en este campo.

Es de **Relevancia Contemporánea** porque al vivir en la actualidad en un mundo de constante globalización con repercusiones en todas las áreas y en el que la Educación y la Salud no son ajenas a estos cambios, donde la competitividad y la escasez de oportunidades laborales cada vez son mayores, es por ello que las currículas y metodologías educativas no sólo en Salud Pública deben responder constante y evolutivamente ante estas necesidades para lograr perfiles de formación académica profesional de calidad que se reflejen en una óptima y oportuna capacidad resolutive de acuerdo a las actuales demandas de la población.

Es **Original** porque hasta la actualidad no se han efectuado en el ámbito de la educación superior trabajos de investigación que permitan conocer debilidades de perfiles de formación académico profesional en el campo de la Salud Pública, que día a día cobra mayor importancia, al margen de existir innumerables estudios que evalúan conocimientos y encuestan opiniones.

Es **Factible** porque se cuenta con el material humano disponible que son los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina Humana, como también con los recursos materiales y financieros que son asequibles.

El **Interés Personal** radica que al ser un profesional médico egresado de la Universidad Católica de Santa María, a la cual le tengo mucho cariño y gratitud y teniendo la experiencia haber desarrollado la Asignatura en mención y de enfrentarme a una realidad exigente y de oportunidades laborales limitadas, siendo estudiante creí que dicha asignatura no era muy importante y no me motivaba expectativas por diferentes aspectos que experimenté a lo largo de sus 6 semestres académicos, la misma opinión la compartían colegas de promoción y mi interés era conocer si había opiniones similares o no de los actuales estudiantes, además de determinar su nivel de conocimiento en esta materia con el fin de detectar falencias y promover el mejoramiento de la educación en Salud Pública.

2. Marco Conceptual

2.1. Conceptuación de Conocimiento.

2.1.1. Concepto: Gnoseología (del griego gnosis: 'conocimiento', y logos: teoría'), rama de la filosofía que tiene como pretensión analizar la naturaleza, posibilidad y límites del conocimiento. Asimismo, analiza el problema del origen del conocimiento y de sus formas. La gnoseología estudia los distintos tipos de conocimiento que pueden alcanzarse y el problema de la fundamentación de los mismos. En muchas ocasiones, se identifica con los conceptos teoría del conocimiento o epistemología. El proceso o acto del conocimiento implica la relación de 2 elementos:

a) Sujeto cognoscente: es la persona que realiza la aprehensión de las propiedades, cualidades y

características del objeto, formándose en el, una imagen representativa del objeto.

b) Objeto Cognoscible: Es la cosa o ente (lapicero, estrellas, un número, una línea) que tiene la propiedad de ser aprehendida por el sujeto

En cuanto al **origen del conocimiento** se tienen las siguientes tesis:

a) Racionalismo considera que el acto del conocimiento tiene un origen racional y que la verdad esta en el pensamiento y no en las cosas donde su fundamento esta en las matemáticas.

b) Empirismo considera que la única fuente es la experiencia sensible a través de los sentidos y su fundamento esta en las ciencias naturales.

c) Intelectualismo: es una posición entre las 2 anteriores donde el origen es la razón y la experiencia

d) Apriorismo: es similar al anterior pero difiere en que el contenido de los conceptos deriva de la experiencia pasada, las formas en cambio, son proporcionados a priori por la razón.

Según Sócrates el conocimiento por conceptos es certero, y ofrece un fundamento firme para la estructura no sólo del conocimiento teórico, sino también de los principios morales, y la ciencia del comportamiento humano, Sócrates llegó a sostener que todo comportamiento bueno depende del conocimiento, que no sólo la definición de una virtud

nos ayuda a adquirirla, sino que la definición de una virtud es una virtud.

Locke (1632-1704) considera que todos nuestros conocimientos provienen de la experiencia, de ella se derivan y a ella se reducen. La filosofía de Locke se dirige contra las ideas innatas, contra el apriorismo. Locke pretende dar razón de conceptos tales como causa, sustancia, a partir del análisis de los **sense data**, un análisis psicológico. Este análisis es el tribunal que evalúa la validez y los límites del entendimiento humano, así como la validez y los límites de los conocimientos de los que éste dispone. El valor objetivo de los conocimientos queda justificado desde el supuesto de la realidad de los dos polos del conocimiento: conciencia y mundo exterior. Acepta la trascendencia del conocimiento, al que llega a describir como la "copia (**picture**) que nuestras ideas deben ser respecto de sus objetos.

En conclusión se puede decir que el conocimiento es el conjunto de ideas que el ser humano aprende mediante el acto del conocimiento que adquiere de la experiencia y la razón

2.1.2. Tipos

- **Validez Apriori:** Del latín, " lo que viene antes de ", en filosofía hace referencia al conocimiento que se adquiere mediante el razonamiento deductivo sin contar la experiencia

- **Validez Aposteriori:** Es la que depende de la experiencia a través de los sentidos o sus sustitutos.

- **La verdad:** es la relación de conformidad entre el juicio que afirma o niega algo y el comportamiento del objeto

2.1.3. Conocimiento de asignatura: Es el conjunto de ideas aprendidas por el estudiante durante el desarrollo de la asignatura en clases Teóricas (razón) y clases prácticas (Experiencia).

2.2. Asignatura relacionada a Salud Pública: La actual asignatura relacionada a Salud Pública ha sido dividida en 6 semestres académicos conocida por los estudiantes de medicina con las denominaciones de Medicina Social I a IV, Administración en Salud I y II. Los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina de la UCSM deberán ser capaces manejar adecuadamente los siguientes conocimientos indispensables en Salud Pública, supuestamente aprendidos, que les permitirán un desempeño laboral eficaz y eficiente de acuerdo a las exigencias actuales, una vez que egresen de este centro de estudios:

2.2.1. Concepto de Salud Pública : El término Salud Pública suele tener definiciones diversas y confusas, lo cual expresaría los diversos enfoques y actores que los promueven. Para algunos es sinónimo de trabajo comunitario y por ello se asociaría a las estrategias de participación y educación comunitaria; para otros la Salud Pública se dirige a la prevención de enfermedades y por ello la asocian con el diagnóstico parasitológico y con el saneamiento básico. Otros la definen como la acción administrativa

de la salud y por ello la asocian a la gestión en general o a la asunción de cargos políticos de la gestión en salud. En otros enfoques la Salud Pública son procedimientos para establecer la frecuencia y distribución de las enfermedades, así como el estudio de los factores asociados a ellas. Hace dos décadas la Salud Pública era un espacio en conflicto con la acción asistencial propiamente médica, pues enfrentaba la salud en un momento recuperativo e individual y la Salud Pública se esforzaba por políticas más generales. Además, en la época del Estado de Bienestar, se desarrolló una Salud Pública convocada desde el Estado para la recuperación de la salud. Actualmente el Estado Neoliberal, promueve otros valores como es la eficiencia en los costos, el libre juego del mercado como lógica para la oferta de servicios o satisfacción de las necesidades. Un resumen de los significados de Salud Pública sería:

- 1) Equipara el adjetivo "público" con la acción gubernamental, esto es, al sector público.
- 2) Incluye la participación del gobierno y de la comunidad organizada, es decir, el público.
- 3) Identifica la salud con los llamados "servicios no personales de salud", es decir, aquellos que se aplican al medio ambiente (saneamiento), o a la colectividad (educación masiva para la salud), y que por lo tanto no son apropiables a un individuo específico.
- 4) Es una ampliación del tercero, en tanto se le añaden una serie de servicios personales de naturaleza preventiva dirigidos a grupos vulnerables (programas de atención materno - infantil).

5) Se relaciona con la expresión "problema de salud pública" sobre todo en el lenguaje coloquial, para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad.

En general **la Salud Pública es un campo multidisciplinario, teórico y práctico, de intervención en asuntos de la salud, percibida como un hecho colectivo e integral, luego, sus fuentes de explicación y de estrategias de intervención, estarían en ciencias como la economía, la planificación, las políticas de salud, en la administración, la educación, la biología, entre otras. La Salud Pública no es una especialidad médica.** En cambio la medicina enfrenta los problemas de salud como hechos individuales o subindividuales, pues debe hacer diagnósticos específicos y hacer indicaciones específicas, por ello sus ciencias son la biología, la fisiología, la farmacología, la cirugía, entre otras. Desde este punto de vista, no habría contradicción, sino complementariedad entre los enfoques médico clínicos y la Salud Pública.

La salud como categoría individual y social, es el producto de las estrategias y las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que realizan los individuos, las familias, los grupos sociales y el conjunto de la sociedad, para desarrollar y mantener la integridad y las capacidades de las personas y de las poblaciones. La búsqueda de la salud ha sido siempre una relación conflictiva del hombre con su entorno natural y las condiciones de

su ambiente social. Los conflictos posibles entre el bienestar individual de una persona, de un grupo social o comunidad, ha utilizado su poder para procurarse el bienestar propio.

2.2.2. Áreas de la Salud Pública (Ver Anexo)

A) Las Políticas de Salud

- **El Sector Salud**

El sector salud está conformado por los siguientes sistemas: el Sector Público (Ministerio de Salud, Essalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, Beneficencia), otras correspondientes a seguros y prestadores privados y, finalmente, por instituciones que no tienen fines de lucro. Según el II Censo de Infraestructura Física y Recursos del Sector Salud, en 1995 el país contaba con 7.304 establecimientos de salud, de los cuales 5.931 (81%) pertenecían al Ministerio de Salud; de estos, 134 eran hospitales, 1.028 centros de salud y 4.762 puestos de salud.

En 1995 existía una cama por 767 habitantes. En Lima existe una cama por 666 habitantes, y en el resto del país una por 1.250 habitantes. Entre 1992 y 1996 la disponibilidad de médicos aumentó de 7,6 a 9,8 por 10.000 habitantes, del personal de enfermería de 5,2 a 6,2 y los odontólogos de 0,7 a 1,1. Los departamentos con mayor nivel de pobreza presentan la menor disponibilidad de personal. Por ejemplo, en Huancavelica y Apurímac la tasa de médicos es de

2,8 en tanto que en Callao y Lima la tasa es de 22,9 y 17,3 respectivamente.

De la población cubierta por el Ministerio de Salud, 31,9% utilizó los servicios en 1993 y cada usuario recibió 2,3 consultas; en el IPSS estos valores fueron de 35,9% y 4,3 en 1994. Un problema que afecta al Ministerio de Salud es el llamado de "subsídios cruzados", ya que sus escasos recursos se emplean en la atención de personas que tienen acceso a otros sistemas de salud. En 1994 el Ministerio atendió a 20% de los asegurados por la Sanidad de las Fuerzas Armadas, a 13% de los asegurados por el IPSS y a 9,8% de las personas que cuentan con seguro privado.

El sistema nacional de vigilancia epidemiológica está constituido por 2.690 establecimientos de salud (208 hospitales, 924 centros de salud, 1.504 puestos de salud y 54 de otro tipo), 33 Direcciones de Epidemiología y una Oficina General de Epidemiología, en los tres niveles del Ministerio de Salud: local, subregional y central. Este sistema notifica, semanalmente, 15 enfermedades. Hay una red de laboratorios de salud pública conformada por un laboratorio de referencia nacional (Lima) y 11 de referencia regional.

En 1995, el tamizaje serológico fue parcial para las distintas enfermedades de riesgo transfusional. La cobertura fue de 60% para VIH, AgHBs y sífilis, y de 4% para la enfermedad de Chagas. En 1996 se

estableció el Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre en el Ministerio de Salud.

El país no cuenta con un programa integrado de protección de alimentos. Cada sector (agricultura, salud, comercio e industria, y gobiernos locales) tiene normas sobre protección de alimentos, Existen aproximadamente 60.000 vendedores callejeros de alimentos en Lima. El modelo del sistema de manejo ambiental es sectorizado. La ley define como organismo rector de la política nacional al Consejo Nacional del Ambiente, organismo descentralizado que tiene por finalidad planificar, coordinar, controlar y velar por el ambiente y el Patrimonio Natural de la Nación. La Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), del Ministerio de Salud, es el órgano técnico de nivel nacional encargado de dictar normas, evaluar y concertar con los gobiernos locales y con los otros sectores los aspectos de protección del medio ambiente, saneamiento básico, higiene alimentaria, control de zoonosis y salud ocupacional. El Instituto Nacional de Protección del Medio Ambiente para la Salud tiene como función, formular normas y políticas de protección ambiental. La Superintendencia Nacional de Agua y Saneamiento, del Ministerio de la Presidencia, tiene como función garantizar a los usuarios la prestación de los servicios de agua potable, alcantarillado sanitario y pluvial y disposición de excretas, y está facultada para promover el desarrollo, y fiscalizar y evaluar el desempeño de las entidades prestadoras de servicio de saneamiento en el país. Por otro lado, el Proyecto

Especial Programa Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (PRONAP) centraliza la mayor parte de las inversiones para agua y saneamiento. En cuanto al área rural, no existe en el Ministerio de la Presidencia un organismo que defina la política ni los montos de inversión para saneamiento. En el área rural actúan principalmente el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social, el Programa de Apoyo al Repoblamiento y el PRONAP. Los servicios de limpieza pública son manejados por los propios municipios que contratan u otorgan la concesión de los mismos a empresas privadas.

La pérdida de calidad del agua es crítica en algunas regiones y se debe fundamentalmente a la contaminación por efluentes provenientes de las actividades productivas de la industria, sobre todo la industria minero-metalúrgica, y por los desechos domésticos y agroquímicos. La calidad del aire es deficiente en algunas zonas del país. Mediciones realizadas durante todo el año 1996 en el centro de Lima indican que la concentración promedio anual de partículas totales en suspensión es de 270,48 mg/m³ (límite permisible: 150 mg/m³), y la concentración promedio anual de dióxido de nitrógeno es de 142,9 mg/m³ (límite permisible: 100 mg/m³). Las concentraciones de plomo y de dióxido de azufre se encuentran dentro de los límites permisibles, con 0,415 mg/m³ y 0,0424 ppm (límites permisibles: 0,5 mg/m³ y 0,06 ppm, respectivamente).

La calidad ambiental del suelo presenta problemas. En la costa se produjo un aumento de la superficie de tierra salinizada por el uso deficiente del agua y el deterioro de los bosques secos por la tala indiscriminada y el sobrepastoreo. En la sierra el deterioro de las tierras agrícolas se debe a prácticas de cultivo inapropiadas y la consecuente destrucción de la capa de protección en las laderas. En la selva la deforestación va en aumento debido a la creciente explotación agrícola. No existe un organismo encargado de la vigilancia de la gestión de sustancias químicas en el país.

Los servicios de abastecimiento de agua potable tienen limitaciones que inducen a que la población se abastezca de diversas fuentes y a que almacene el agua en condiciones inadecuadas. En el área urbana, 66,1% de la población es servida por red pública dentro de la vivienda, 8% por red pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio, 7,7% por pileta pública, 3,7% por pozo, 12,1% por camión cisterna y 2,4% por cursos de agua. El abastecimiento es intermitente en la mayor parte del país. Solo 8% del abastecimiento es continuo, 73% de la población es abastecida durante 16 a 20 horas al día, 18% durante 6 a 15 horas y 1% durante 0 a 5 horas. En el área rural, 13,2% de la población es servida por pileta pública, 27,3% por pozo, 7,0% por camión cisterna y 52,5% por cursos de agua. Según la ENAHO-IV95, 47,4% de la población cuenta con alcantarillado y 21,95% con letrina. En el área urbana, cerca de 66% está servida por alcantarillado y cerca de 20% tiene

letrina, mientras que en el área rural, cerca de 9% de la población es servida por alcantarillado y 24% tiene letrina.

A partir de algunos estudios se estima que entre 60% y 65% de la población tiene cobertura de recolección de residuos. Con excepción del área metropolitana de Lima, que dispone de rellenos sanitarios, y de Piura y Trujillo que tienen también algún tipo de relleno, las ciudades utilizan vertederos sin ninguna condición sanitaria o arrojan los residuos a los cursos de agua. El país no dispone de sistemas adecuados de tratamiento de residuos hospitalarios y no existen rellenos donde disponer dichos residuos peligrosos en forma segura.

La Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), del MINSA, es el organismo de regulación y control de medicamentos. En 1994, el valor del mercado farmacéutico (precios de fábrica) se estimó en US\$ 60 millones para el sector público y US\$ 422 millones para el privado. Según la DIGEMID, 43% de los 7.447 medicamentos genéricos y de marca registrados en agosto de 1995 correspondían a productos nacionales. En 1992-1993, de 56 laboratorios inspeccionados (de 65 registrados), sólo 25% cumplían las buenas prácticas de manufactura; de las 312 droguerías e importadoras visitadas, 33% presentaban condiciones deficientes de almacenamiento. La venta callejera de medicamentos es un problema creciente: productos falsificados y adulterados llegan a veces a las redes formales de distribución.

La Lista Básica de Medicamentos Esenciales fue revisada por última vez en 1992 y se aplica hoy en forma limitada. Desde 1994 existe el Programa de Administración Compartida de Farmacias, que provee un conjunto de 63 medicamentos esenciales de bajo costo a cerca de 1.000 centros y 4.500 puestos de salud del primer nivel de atención. A fines de 1995 el programa se había establecido en 100% de las subregiones, con una cobertura aproximada de 12 millones de personas y con ventas anuales que alcanzaban US\$ 12,6 millones. El IPSS, con un presupuesto anual de US\$ 50 millones para medicamentos (1996) y unos 6 millones de asegurados, cuenta con un sistema propio de abastecimiento de medicamentos basado en un listado diferenciado por niveles de atención. El sector no cuenta con una política definida de investigación.

En 1995 el gasto total en salud representó 3,6% del PIB, manteniéndose estable desde 1992, y el gasto per cápita fue de US\$ 89. El gasto del Ministerio de Salud, los municipios y el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social se mantiene en alrededor de 1% del PIB (el gasto per cápita fue de US\$ 38); el gasto del IPSS representó 1,3% del PIB (el gasto per cápita fue de US\$ 115). El gasto privado representa un monto similar al del IPSS (1,2% del PIB) pero con una tendencia decreciente (1,5% en 1992). La participación del sector salud en el gasto del sector público subió de 9,9% a 13,1% entre 1992 y 1995. Existen diversas fuentes de financiamiento y presupuesto para las subregiones de salud, debido a

la pluralidad de instituciones que remiten fondos (Ministerio de Salud, Ministerio de Economía y Finanzas, cooperación externa). No se cuenta con una política respecto a la generación de ingresos propios, y existen criterios diferentes según los establecimientos de salud. Algunos estudios demuestran falta de ajuste entre la oferta y la demanda de servicios, con una ocupación muy baja en muchos establecimientos. En 1992, tomando como base el informe sobre la cooperación para el desarrollo del PNUD, la asistencia externa al Perú ascendió a US\$ 875.871.000. Los cinco sectores beneficiados con mayores asignaciones fueron los de gestión económica (54,9%), comercio internacional de bienes y servicios (10,8%), desarrollo regional (7,2%), transporte (4,8%) y salud (3,9%). En el período 1992-1996 la cooperación bilateral aportó 60% de los recursos, la cooperación multilateral 35% y las organizaciones no gubernamentales 5%.

▪ **El Estado y las Políticas Sociales**

Estado es el ordenamiento jurídico y político de la sociedad. Constituye el régimen de asociación humana más amplio y complejo de la historia. En cambio, el gobierno es la conducción de las personas y administración de las cosas del Estado o el conjunto de órganos que la cumplen. El gobierno de las personas implica dirigir las, motivarlas, disciplinarlas, detenerlas, coordinar esfuerzos, señalar metas, articular sus actividades para que cada una de ellas cumpla la parte que le corresponde en la vida social. La administración de las cosas del

Estado es la promoción o gestión de ellas y la supervisión del proceso de la producción, circulación y distribución de los bienes económicos. Ambos aspectos forman parte de un buen gobierno. Las acciones del gobierno se expresan en las llamadas políticas sectoriales.

En sentido restringido, la política se refiere al conjunto de planes de un gobierno. Es la orientación, alcances y prioridades que él da a su gestión. En el Estado de bienestar opera en el ámbito de la distribución del ingreso mediante asignaciones monetarias directas (pensiones, subsidios, prestaciones compensatorias, asignaciones familiares, seguros de desempleo, etc.) programas de complementación alimentaria, prestación de servicios de educación, salud, salubridad y otros, regulaciones protectoras del trabajo, políticas ambientalistas y otros arbitrios dirigidos a aliviar las deplorables condiciones de vida de los estratos más pobres de la población.

La característica del Estado de bienestar es que la prestación de todos estos servicios se realiza, no como un acto de caridad pública, sino como obligada respuesta a un derecho de las personas de menores recursos. Son consideraciones de justicia social las que justifican este rol del Estado, que busca implantar la seguridad económica en la sociedad.

El empleo, la salud y la educación, han sido los asuntos más críticos de las políticas sociales, pues significan la misma sobrevivencia de las personas.

Actualmente, dentro de una política estatal neoliberal, se encuentran en un profundo deterioro y postergación, pues se piensa que un gran crecimiento económico puede traer como consecuencia su reflejo en las condiciones sociales de vida (teoría del goteo). La salud especialmente tiene grandes limitaciones para ser tratada como una mercancía y exige aún que el Estado desarrolle políticas de planificación y financiamiento frente a los problemas prioritarios de salud.



▪ Reforma del Sector Salud

En las últimas dos décadas en la región se produjo un activo proceso de reforma sectorial en salud, proceso que se ha constituido en el gran marco conceptual y de cambios. Esta reforma en general es funcional a la reestructuración del Estado, el cual se cuestionó su carácter gubernamental y se dirigió a un modelo de mercado, bajo los lemas de: equidad, eficiencia y equidad. Pero también, dicha reforma fue una oportunidad para reabrir la discusión sobre el carácter del sector salud y los objetivos a buscar en salud.

En la región de América Latina, el origen de los sistemas de salud se han caracterizado por su desarrollo desarticulado. La ausencia de planificación y el surgimiento de estructuras que reflejan respuestas de grupos específicos de la población a necesidades coyunturales de salud. En otro momento diversos países unificaron los sistemas de salud de manera fuertemente centralizada, haciendo de los sistemas públicos de salud los principales agentes en el ámbito de la provisión de los servicios de salud. La unificación de los sistemas de salud significó un avance ya que redujo las desigualdades en el acceso a los servicios y contribuyó a racionalizar la asignación de los recursos y aprovechar la existencia de economías de escala en algunos casos.

Un sistema estatal fuertemente centralizado empezó a manifestar su agotamiento en el nuevo contexto de reformas que privilegian la liberalización de los mercados y la incorporación del sector privado a la

provisión y distribución de los servicios. En general, la oferta de servicios de salud se organiza en torno a dos sistemas de prestación de servicios: un sector público que atiende a la población vulnerable y un sistema de seguros de salud, que en algunos casos está transformándose de sistema colectivo en uno de carácter individual, como ocurrió en Chile, Argentina y Colombia.

Los problemas del sistema público de salud se derivan del fuerte deterioro de su infraestructura, la falta de recursos para financiar los gastos operativos y una estructura de incentivos que no estimula una eficiente gestión de los recursos. La excesiva centralización que caracteriza a la mayoría de los sistemas de salud de América Latina, no respeta las diferencias territoriales, introduce rigidez en la gestión de los recursos e impide que los programas de salud reflejen en forma efectiva las demandas locales. El principal desafío que enfrenta el sistema de salud público se relaciona con el desarrollo de un sistema de gestión descentralizado y flexible, que sea capaz de adaptarse a las demandas que le plantea el surgimiento de un sistema privado fuertemente competitivo.

Las posibilidades de un manejo flexible de la oferta de planes de salud permite que los afiliados reconozcan la relación entre sus aportes y los beneficios que les entrega el sistema. La falta de flexibilidad de los planes de salud que ofrece el sector público contribuye a la creación de subsidios cruzados al interior del sistema público. La

privatización de los sistemas de salud en algunos países, ha acentuado la regresividad del sistema en su conjunto, pues el traslado masivo de cotizantes de altos ingresos al sistema privado, ha limitado la redistribución hacia los grupos de menores ingresos.

Otra característica de los sistemas de salud en América latina es su marco grado de fragmentación y estratificación, con ausencia de integración y coordinación entre los diferentes subsistemas. Coexisten diversos subsectores (público, privado, seguridad social, fuerzas militares, mixtos), que tienen una estructura y esquema de funcionamiento no coincidentes. La segmentación institucional y funcional de los sistemas de salud, sumada a la incoordinación, han generado la superposición en cuanto a los beneficiarios, subsidios cruzados regresivos e ineficiencia en la provisión de servicios de salud. La situación anteriormente descrita de los sistema de salud en un contexto de Estado de Bienestar ineficiente, se estimularon las reformas del sector, las cuales generalmente se explicitaron como finalidad la eficiencia del gasto social, ampliación de cobertura y el mejoramiento de la calidad.

Entre los elementos orientadores de las reformas están los intentos de avanzar hacia los sistemas unificados e integrados de salud, la descentralización de la gestión, y la modificación en la asignación presupuestaria tendiente a incorporar la descentralización del gasto y una progresiva sustitución de los tradicionales mecanismos de subsidios a la oferta por subsidios a la demanda. En

algunos casos, la participación privada en la provisión y aseguramiento de los servicios de salud es un elemento central de las reformas de salud.

Se han impulsado diversas acciones tendientes a redistribuir las responsabilidades del subsistema público, dando origen a modelos mixtos en los cuales los niveles subnacionales pasan a tener un papel más activo en la provisión del servicio de atención primaria de salud. Algunos países han implementado programas parciales de descentralización de salud. Los procesos de descentralización del sector salud que se implementan se dan en un contexto de restricciones fiscales que buscan sobretodo los equilibrios macroeconómicos, y de fuertes desigualdades territoriales en la distribución de los recursos vinculados a la provisión de servicios de salud.

Otras características de los sistemas de salud públicos es que no funciona el sistema de atención por niveles de complejidad. La información presupuestaria generan datos sobre gasto público total en salud, independientemente del grado de complejidad de la atención, no permitiendo detectar la importancia relativa de la atención primaria de salud dentro del gasto público en salud.

Con respecto al gasto total en salud en América Latina se encuentra por debajo del monto destinado mundialmente. Se estima que el promedio del gasto total en salud en países industrializados se aproxima al 7.8% del PBI y en América Latina, excepto

Colombia, el gasto es inferior a esta cantidad, correspondiendo el 40% al gasto público, pero todo esto requiere un análisis más diferenciado por regiones al interior de cada país.

- **Legislación Sanitaria**

LEY GENERAL DE SALUD LEY 26842

Esta Ley fue promulgada el 9 de julio de 1997 y publicada en "El Peruano" para su cumplimiento el día 20 del mismo mes. En su contenido unifica y moderniza un conjunto de disposiciones existentes en distintas normas legales, tales como la Ley del Ejercicio de la Medicina y Farmacia, de 1888; la Ley 2348, de Declaración, Aislamiento y Desinfección Obligatoria de Enfermedades, de 1916; y más recientemente, el Código Sanitario, la Ley de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y la Ley de Atención de Emergencias. Consta de siete títulos, incluyendo al título preliminar, que son los siguientes:

TITULO PRELIMINAR

TITULO PRIMERO: Derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual.

TITULO SEGUNDO: De los deberes, restricciones y responsabilidades en consideración de la salud de terceros

Capítulo I: Del ejercido de las profesiones médicas y afines y de las actividades técnicas y auxiliares en el campo de la salud.

Capítulo II: De los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Capítulo III: De los productos farmacéuticos y galénicos, y de los recursos terapéuticos naturales.

Capítulo IV: Del control nacional e internacional de las enfermedades transmisibles.

Capítulo V: De los alimentos y bebidas, productos cosméticos y similares, insumos, instrumental y equipo de uso médico - quirúrgico u odontológico, productos sanitarios y productos de higiene personal y doméstica.

Capítulo VI: De las sustancias y productos peligrosos para la salud.

Capítulo VII: De la higiene y seguridad en los ambientes de trabajo.

Capítulo VIII: De la protección del ambiente para la salud.

TITULO TERCERO: Del fin de la vida.

TITULO CUARTO: De la información en salud y su difusión.

TITULO QUINTO: De la Autoridad de Salud.

TITULO SEXTO: De las medidas de seguridad, infracciones y sanciones.

Capítulo I: De las medidas de seguridad.

Capítulo II: De las infracciones y sanciones.

1. PROPÓSITO FUNDAMENTAL DE LA NORMA

Si bien la disquisición sobre el propósito es básicamente una inferencia, pues las verdaderas motivaciones son sólo de conocimiento de sus autores, no es difícil leer en sus disposiciones la intención de abrir un espacio, inicial pero claramente definido, para el desarrollo del mercado de servicios de salud. Las principales afirmaciones que sustentan esta orientación se aprecian ya desde el título preliminar. Entre otras, pueden ser subrayadas las siguientes:

- ◆ El Derecho a la Salud, proclamado por la Constitución de 1979 como un derecho absoluto (aunque en la práctica nunca se cumpliera con tal postulado), aparece en esta Ley sujeto a términos y condiciones establecidos por la Ley. En consecuencia, la responsabilidad del Estado en su protección puede extenderse o restringirse, de acuerdo con consideraciones políticas o - quizás peor - a las limitaciones económicas del pliego del sector.
- ◆ En el texto de la Ley aparece por primera vez en el país la diferenciación entre la Salud Pública y la Salud Individual. La responsabilidad del Estado,

con las restricciones comentadas en el párrafo anterior, se limita a la primera. Esta se amplía ligeramente en el numeral V, mencionando por ejemplo los problemas de nutrición, salud mental y salud ambiental. En cambio, la responsabilidad por la salud individual se reparte entre el individuo, la sociedad (comprendiendo implícitamente al sector privado de servicios de salud) y el Estado.

- ◆ Ante tan claro impulso al mercado de la salud, el lector podría preguntarse en qué consiste la responsabilidad del Estado en el campo de la salud individual. Este interrogante es respondido en el numeral VI del título preliminar, señalando un nuevo rol para el Estado: El de la vigilancia de la calidad, oportunidad y seguridad de los servicios de salud. Textualmente se afirma que... *"Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos soda/mente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad"*. A ello se suma el tradicional rol técnico normativo del Ministerio, reafirmado en el numeral IX.
- ◆ Se define el Aseguramiento como el modelo de organización a alcanzar para las prestaciones de salud (Numeral VII del Título preliminar). Adicionalmente, se abre camino a la existencia de múltiples sistemas previsionales y no sólo uno (el

IPSS), al afirmar la libre elección del usuario entre varias opciones potenciales. Con tal premisa, era sólo cuestión de tiempo la aparición de normatividad para la aparición de sistemas previsionales y prestacionales privados de salud.

Se configura así un nuevo escenario, en el cual la salud pública (léase salubridad, saneamiento básico, promoción y prevención de enfermedades prioritarias) se conserva en manos del Estado. Para la salud individual, en cambio, se configura un mercado, en el cual las personas, como demandantes de servicios, tienen una responsabilidad, que probablemente se traducirá en términos de financiamiento (a través de esquemas de aseguramiento o de pago directo por las prestaciones). En este último campo, se reserva al Estado simplemente un papel normativo y regulador, vigilando las condiciones en las que dichos servicios son prestados.

2. PRINCIPALES CONTENIDOS

Los principales contenidos de la Ley General de Salud pueden delinearse utilizando sus distintos títulos y capítulos. Tenemos así:

Título I

Derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual

Esta sección de la norma contiene las siguientes disposiciones principales:

- ◆ Derecho de la persona a elegir libremente el sistema previsional y a acceder libremente a las prestaciones de salud, con la facultad de exigir que estas cumplan con los requisitos de calidad establecidos.
- ◆ Derecho a recibir atención de emergencia en cualquier establecimiento de salud.
- ◆ El consentimiento informado del paciente o su representante legal como requisito para la realización de procedimientos de diagnóstico o de tratamiento, incluyendo intervenciones quirúrgicas.
- ◆ El derecho a la alimentación sana y suficiente, otorgando la responsabilidad primaria a la familia.
- ◆ El derecho a la salud mental, confiriendo responsabilidad primaria a la familia y al Estado.
- ◆ El derecho a recibir de los servicios de salud información adecuada sobre la enfermedad y sobre las medidas terapéuticas aplicables o aplicadas.
- ◆ La responsabilidad frente a terceros en caso de incumplimiento de medidas de salud pública.

Título II

Deberes, restricciones y responsabilidades sobre la salud de terceros

Este título está dividido en ocho capítulos, dedicados respectivamente al personal de salud, a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, a los productos farmacéuticos y otros recursos terapéuticos, al control de las enfermedades transmisibles; de los alimentos, bebidas, cosméticos y otros bienes de consumo relacionados con la salud; al manejo de sustancias y productos tóxicos o peligrosos; a las normas de protección frente a los riesgos ocupacionales y finalmente a la salud ambiental. Frente a todos ellos se plantean algunos principios fundamentales, que pueden ser resumidos en la siguiente forma:

- ◆ La obligatoriedad de la licencia o habilitación para prestar servicios de salud. En el caso del personal, se habla del título profesional, colegiatura y otros; en referencia a los establecimientos de salud, se plantean requisitos mínimos de funcionamiento, así como la necesidad de control, evaluación y auditoría periódicas. Para los productos farmacéuticos y alimentos elaborados industrialmente para consumo humano se establece la obligatoriedad del registro sanitario, así como la obligatoriedad de un control de calidad.

- ◆ La definición de competencias entre las diversas profesiones de salud.

- ◆ La veracidad y confidencialidad de los datos médicos, así como la obligación de registro en la historia clínica.
- ◆ La clasificación de los medicamentos en cuatro categorías: medicamentos controlados, que sólo pueden expendirse con receta numerada y de acuerdo con las exigencias de convenios internacionales; medicamentos de venta exclusiva con receta médica; medicamentos que se venden sin receta médica, sólo en farmacias o boticas; y finalmente medicamentos sin receta médica que pueden ser vendidos en cualquier clase de establecimiento.
- ◆ La responsabilidad legal por daños y perjuicios inferidos al paciente como consecuencia de imprudencia, impericia o negligencia en la conducta del personal de salud, o por deficiencia del establecimiento de salud o servicio de apoyo. Para el caso de los recursos farmacéuticos y afines, la responsabilidad es del fabricante, en caso de tratarse de productos nacionales; y recae sobre el importador o distribuidor en el caso de los productos extranjeros.
- ◆ La competencia de la autoridad de salud para dictar medidas de control para evitar la propagación de enfermedades transmisibles, que son de cumplimiento obligatorio para todos, significa una recuperación de la autoridad que décadas atrás tuviera la "policía sanitaria" en las grandes epidemias en Europa. A través de ellas, el

Estado y el Ministerio de Salud en concreto asumen un papel dirigente en el combate a las enfermedades transmisibles. Debe hacerse notar, por ejemplo, que este papel le permite dar órdenes a las autoridades locales y a las fuerzas militares (Art. 81) y disponer de los recursos médico - asistenciales privados (Art. 82).

- ◆ El Capítulo VI y el Capítulo VIII señalan las competencias de la autoridad de salud en aspectos ambientales. En el primero, se dictan normas para la manipulación y transporte de sustancias y productos tóxicos o peligrosos para la salud. En el último artículo (Art. 99) se prohíbe expresamente que dichos residuos sean vertidos directamente a las fuentes, cursos o reservorios de agua, al suelo o al aire, bajo responsabilidad. En el Capítulo VIII señala específicas disposiciones de protección ambiental.
- ◆ En el capítulo VII se establece la responsabilidad de los empleadores sobre la salud y la seguridad de sus trabajadores y de terceras personas en sus instalaciones y ambientes de trabajo.

Título III

Del fin de la vida

En este título, la Ley establece definiciones importantes tanto para efectos médico - legales como para la actividad sanitaria, académica y científica.

Entre los puntos principales están:

- ◆ La definición de la muerte basada en el cese irreversible de la actividad cerebral.
- ◆ Medidas y disposiciones sobre el manejo y traslado de cadáveres, incluidas las circunstancias que harán obligatoria la necropsia.

Título IV

De la información en salud y su difusión

En este título se establece la obligatoriedad de toda persona natural o jurídica de proporcionar la información requerida a la autoridad de salud; se dictan normas sobre la publicidad de los servicios de salud; se establece que en caso de epidemias los medios de comunicación privados deben apoyar la difusión de información; se señala que la información disponible en manos de la autoridad de salud es de dominio público, exceptuando la confidencialidad debida a razones de intimidad o imagen de las personas. Por último, se señala la obligación de la autoridad de salud de advertir a la población sobre los riesgos para su salud.

Título V

De la Autoridad de Salud

En este título se establecen los siguientes puntos:

- ◆ La autoridad de salud se ejerce a nivel centralizado y también a nivel descentralizado y desconcentrado. En el primer caso a través del poder ejecutivo, y en el segundo mediante los órganos descentralizados de gobierno.
- ◆ Corresponde al nivel central la máxima autoridad en materia normativa y de políticas de salud. La autoridad de salud regional o local tiene autonomía relativa, dentro del marco normativo central, para la ejecución de medidas particulares o específicas.
- ◆ No se pueden dictar normas que incidan en la salud sin ser refrendadas por la autoridad de salud del nivel nacional.
- ◆ Las entidades públicas o privadas que realicen actividades relacionadas con aspectos sanitarios o ambientales quedan sujetas a supervigilancia de la autoridad de salud en estos aspectos. Esto incluye a los colegios profesionales.

Título VI

De las medidas de seguridad, infracciones y sanciones

En este título se definen las medidas que la autoridad puede tomar en uso de las atribuciones conferidas por la Ley, así como las infracciones y sanciones por incumplimiento de la misma. Las sanciones van desde amonestaciones hasta clausura definitiva y cancelación del registro sanitario.

- ◆ Entre las medidas de seguridad se encuentran: el aislamiento, la cuarentena, la observación y vacunación de personas y animales, la erradicación de vectores, la suspensión de trabajos o servicios, el decomiso de productos, la restricción del tránsito de personas, vehículos y objetos, el cierre temporal o definitivo de empresas y otras. Según la Ley, dichas medidas son de ejecución inmediata y obligatoria, aunque se advierte que deben ser proporcionales a los fines que persiguen y su duración no debe exceder lo exigido por la situación de riesgo.
- ◆ Sin embargo, la Ley deja encargado a un ulterior reglamento la calificación de las infracciones, la escala de las sanciones y el procedimiento para su aplicación.

3. CONSECUENCIAS Y PERSPECTIVAS.

Haciendo un balance de conjunto de los contenidos y disposiciones presentes en la Ley General de Salud, pueden observarse aspectos positivos, señalarse carencias y advertirse riesgos para los principios y el subsecuente desarrollo de las políticas de salud. Así, el principal rasgo positivo que conviene destacar es la intención de unificar en un solo cuerpo legal las disposiciones, atribuciones y competencias en materia sanitaria que anteriormente estaban dispersas en normas específicas. Sin embargo, paralelamente puede objetársele que lo que se gana en unidad se pierde en especificidad, pues muchas

de las anteriores disposiciones no son sustituidas ni confirmadas por la nueva Ley.

Entre las perspectivas - y en lo que muchos podrían ver como un riesgo - la Ley abre el camino para el desarrollo de los mercados de la salud, tanto en el campo previsional (el IPSS ya no tiene la garantía de la exclusividad en la oferta de Seguridad Social en salud) como en las prestaciones, sujetas a la libre elección. Dada la disparidad económica y social existente entre los grupos sociales en el país, no es aventurado suponer que dicha vía podría conducir a la segmentación de la calidad de los servicios en función de los niveles de ingreso, atentando contra los principios de equidad y la solidaridad en salud. De igual forma, se arriesga la solidez de las instituciones públicas de salud y seguridad social, pues la empresa privada podría absorber todos aquellos segmentos de actividad que signifiquen oportunidad de rentabilidad o negocio, dejando para las entidades estatales la "cartera pesada", con servicios de alto costo y pobre oportunidad de recuperación de inversión.

B) La Administración en Salud

• El concepto de Administración

Existen muchas definiciones de administración, así tenemos:

- Para Taylor es ciencia y no regla empírica, aunque su idea de la ciencia está totalmente desvirtuada.
- Para Fayol es una doctrina administrativa, además del arte de gobernar la empresa.
- Para Koontz y O'Donnell es sistema de principios,
- Para Simón es una teoría.
- Para Drucker es gerencia

En resumen, la administración podría ser concebida como una ciencia que estudia a las empresas y las organizaciones con fines descriptivos, para comprender su funcionamiento, su evolución, su crecimiento y su conducta. La ciencia de la administración genera hipótesis que permiten un nivel descriptivo normativo, íntimamente vinculado con la técnica de la administración que trata de conducir a los objetivos fijados, generando las aplicaciones de las distintas herramientas existentes para su consecución.

Cuando las empresas se apartan de sus objetivos, o se registran distorsiones que obliguen a una intervención para el cambio de alguna o de todas sus

partes, la técnica de la administración vuelve a necesitar la ayuda de la administración para profundizar el conocimiento de la empresa y comprender qué es lo que está pasando y qué es lo que motiva su alejamiento de los objetivos. Sólo de esta forma la técnica de la administración podrá seleccionar las herramientas para eliminar las causas y los efectos distorsionantes.

La administración estratégica es la forma de relacionar los problemas y necesidades de salud de los conjuntos sociales que viven en espacios geográficos delimitados, con los conocimientos y recursos, institucionales y comunitarios, de tal modo que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales de acción, asignar recursos y conducir el proceso hasta la resolución o control del problema.

- **La Planificación Estratégica**

Este enfoque surge en crítica a la llamada Planificación Normativa, la cual ha marcado la cultura institucional antes que instalar una metodología eficaz.

Tabla N°1
Comparativamente sus características son:

PLANIFICACIÓN NORMATIVA	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA
<p><i>YO Y EL SISTEMA:</i> Se planifica sobre un sistema que aparentemente es factible de ser planificado. Supone posible la conducción "científica" de la sociedad, "ingeniería social".</p>	<p><i>NOSOTROS Y LOS OTROS:</i> Reconoce que para intervenir en la realidad debe interactuar con otros actores.</p>
<p><i>RESISTENCIA MECÁNICA:</i> En espacios sociales las dificultades no son mecánicas y se plantean como las naturales resistencias al cambio.</p>	<p><i>OPOSICIÓN:</i> Acción intencionada, en función de los grados y estrategias de los opositores frente a nuestro plan.</p>
<p><i>SUJETO-OBJETO.</i> Todo plan social es ejercicio entre sujetos, dosifica, oculta la naturaleza conflictiva de la intervención.</p>	<p><i>SUJETO-OBJETO.</i> Reconoce que los otros actores tienen voluntad para oponerse o apoyarnos.</p>
<p><i>RECURSOS ECONÓMICOS:</i> Monetiza todo (conocimientos, organización, influencias, etc.).</p>	<p><i>RECURSOS DE PODER:</i> Identifica los recursos críticos y aquellos que son escasos.</p>
<p><i>PODER CONCENTRADO:</i> Se percibe que el planificador tiene todos los recursos.</p>	<p><i>PODER FRAGMENTADO:</i> Todos tendrían fracciones de poder.</p>
<p><i>TIEMPO DISCONTINUO:</i> El uso del tiempo sigue ritmos y plazos definidos normativamente por el planificador.</p>	<p><i>ARTICULACIÓN HISTORIA-PLAN:</i> Planificar es una reflexión para intervenir en una realidad que tiene su propia dinámica, hay fuerzas que han construido el presente y contiene gérmenes del futuro posible.</p>
<p><i>HACER PLANES:</i> El producto de la planificación se concretiza en un documento, que sirve de guía permanente y se lo sacraliza como invariable (Plan - libro).</p>	<p><i>PROCESO DE PLANIFICACIÓN:</i> Se trata de desencadenar proceso de cambios, revisando y adecuando el cálculo de la planificación a tiempo real.</p>
<p><i>FUTUROLOGIA:</i> Su principal recurso de planificar el futuro es la predicción e incluso la previsión. Estudia las tendencias del pasado - presente.</p>	<p><i>REVALORACIÓN DEL PRESENTE.</i> El futuro se construye, lo que se hace en y desde el presente. El futuro es una representación que sirve de recurso de cálculo para la acción.</p>
<p><i>PLANIFICADORES:</i> La planificación se técnica y profesionaliza, apareciendo el planificador, que suelen perder contacto con las unidades de gobierno y la gestión. Sus técnicas se hacen muy sofisticadas y llegan a ser normas y plantillas para pensar y planificar.</p>	<p><i>DECISORES:</i> El sujeto más importante y el que realmente planifica es quien toma las decisiones.</p>
<p><i>ADENTRO-AFUERA:</i> Se planifica en función de lo posible y de los recursos actuales con que cuenta el actor.</p>	<p><i>AFUERA-ADENTRO.</i> La planificación requiere ser pensada desde el resultado final que se desea a fin de valorar los problemas externos.</p>

Algunos conceptos básicos de este enfoque son:

- **Actor Social:** Fuerza social (grupo social, organización u otro) capaz de generar movimientos sociales, porque posee recursos de poder y una visión.
- **Poder:** Capacidad de un sujeto o fuerza social para hacer que otro sujeto o actor, haga lo que espontáneamente no haría. Históricamente el poder se soportó en prohibiciones y el castigo ejemplar. Luego surgen nuevas tecnologías de poder. La vigilancia anónima y continua, el examen, las micropenalidades, la mirada, la arquitectura se diseñan para vigilar las normas son formas de ejercer poder, etc. Se constituye en la forma de disciplinamiento de las personas. Asume que el poder está fragmentado y que se expresa de muchas formas. Algunas características:
 - Otorga politicidad a espacios que parecen no tenerlo.
 - Todo poder genera resistencia (acepto cuando no es percibido como tal o existe una brutal asimetría de poder que disuade).
 - Todo poder reduce su eficacia cuando se transparenta.
 - Nueva tecnología del poder, mecanismos impersonales para poder ver sin ver visto (sentir una constante vigilancia).

- Las crisis legitiman altas conservaciones de poder y reduce la resistencia a su uso.
- El que ejerce poder intenta legitimarlo con alguna transacción donde la cultura se constituye como aparato principal de legitimación (hacer que el poder sea aceptado por los dominados; pero no como tal, sino por necesario, útil, natural).
- El poder se acumula y desacumula, de acuerdo a su eficacia política.
- **Recursos de poder:** Son los recursos de uso potencial controlados por un sujeto que tiene la capacidad mediante un acto de apropiación de decidir sobre su uso o no uso (opciones) adquiere el poder que dicho recurso contiene y cuya eficacia o no depende solo de su capacidad potencial sino del uso que de él se hace.
- **Estrategia:** Conjunto de movimientos tendientes a poner el objetivo al alcance. Supone que el objetivo no está al alcance y que su logro es en sí conflictivo. La táctica es el uso de recursos de poder para la obtención de resultados parciales y estrategia es el uso y la articulación de esos logros parciales en el sentido del alcance de los resultados generales del proceso de planificación. El concepto de estrategia implica también una confrontación real o potencial, identifica aliados y enemigos. Es un concepto más reconocido en los ámbitos de la guerra, del mercado, del deporte;

donde es vital pensar en "el otro", en las condiciones códigos de conducta y recursos de poder del opositor o de los posibles aliados. Esta visión, trasladada a espacios micro o macrosociales, como la producción de la salud, ha enriquecido y potenciado la capacidad de generar cambios. Si en una determinada situación o problema, el actor posee todos los recursos de poder, no requiere pensar estratégicamente y solamente debe ejecutar su plan siguiendo criterios normativos. Estrategia se puede definir también como las acciones tendientes a cambiar la correlación de fuerzas entre dos o más actores sociales.

- **Planificación:** Reflexión que preside y precede a la acción. Herramienta de libertad del actor para construir su historia. Opuesto a la improvisación y parálisis.

Lo específico del enfoque estratégico en salud en enfrentar la realidad como un "campo de batalla", donde interactúan varios actores sociales, con diferentes visiones y recursos de poder; luego, cuando un actor que planifica, debe considerar a los otros actores y definir qué estrategias debe usar para tratar con ellos y obtener los recursos necesarios para desarrollar nuestros planes.

- **Liderazgo y Motivación**

Liderazgo es la forma de influenciar la acción de un grupo organizado, tanto en la elección de sus

objetivos como en la obtención de los mismos. Hay autores que opinan que el líder no existe como personalidad, sino que es una consecuencia del propio grupo, y que el grupo escoge en cada momento al líder en función de sus necesidades. En la empresa como organización, lo que nos interesa es la eficacia o efectividad del liderazgo, donde resulta imprescindible la coordinación de esfuerzos y la toma de decisiones, cualidades que son centrales en el líder. Uno de los mecanismos de desarrollo es la motivación dentro del grupo.

En relación a la motivación, debemos hacer las siguientes consideraciones:

- a) Cada persona es entidad única, con sus propias características físicas y psicológicas que dan como consecuencia un comportamiento.
- b) Toda conducta humana tiene nuevas causas.
- c) Está orientada a una meta.
- d) Subyacente a la conducta humana existe una necesidad o impulso que llamamos motivación.

Etimológicamente, motivación, significa "moverse hacia", hacia algo que queremos o necesitamos. El hombre se mueve para conseguir incentivos que satisfagan sus necesidades para evitar estímulos que amenacen su integridad física o psíquica. Las necesidades y los estímulos no son exclusivamente biológicos, sino también adquiridos. El hombre

cuando se moviliza no solamente lo hace tratando de alcanzar algo, sino que puede actuar también para evitarlo, dependiendo de los aprendizajes previos, así como de las expectativas tanto más frustrantes o positivos son los sentimientos producidos por los resultados obtenidos. Las necesidades que el hombre debe satisfacer varían con la historia, con la cultura y otras variables.

Dentro de otros autores, destaca la contribución de Maslow quien propone una pirámide motivacional. Su teoría se basa en una jerarquía de necesidades que se ordenan según una escala de potencia de la necesidad. Las más fuertes se encuentran en la base de la pirámide (necesidades básicas fisiológicas o de sobrevivencia, como la alimentación, sueño, aire, seguridad, etc.). En la medida que se satisfacen las necesidades más potentes se produce una conducta de necesidad de satisfacción del escalón siguiente:

Pirámide Motivacional de Maslow

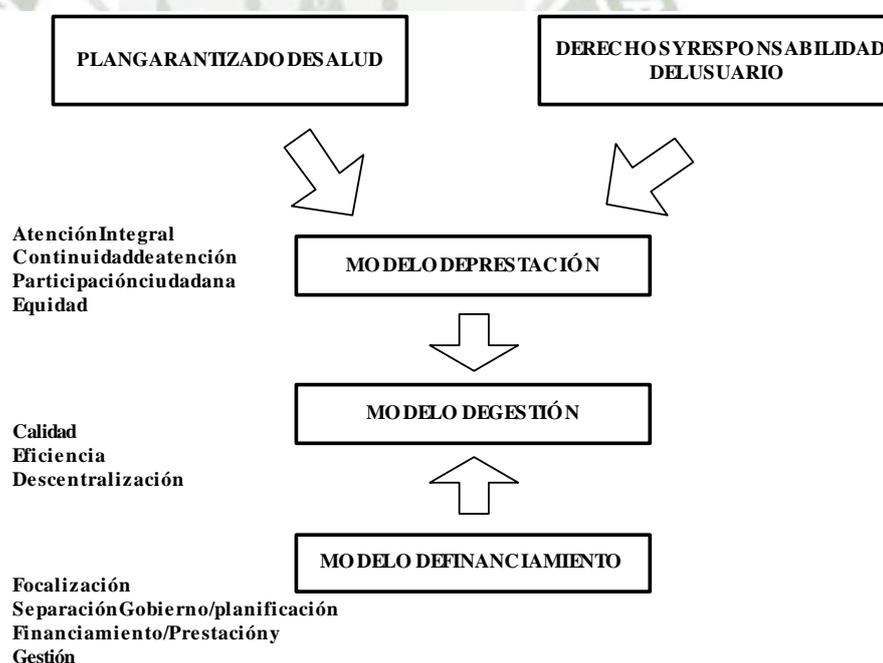


C) Los Servicios de Salud

- **Modelos de Atención y Gestión en Salud**

Son formas en que organizan, en determinados espacios de la población, los servicios de salud para atender las necesidades sociales en salud. Los requisitos necesarios de esta organización espacial son: accesibilidad, satisfacción de la demanda y dar respuesta a las necesidades detectadas. Las bases para la organización del espacio son: el modelo de atención de salud y el modelo de gestión de la atención.

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD



El Modelo de Atención propuesto se fundamenta en el establecimiento de un Plan Garantizado de Salud

y situar a los usuarios en su condición de individuos y ciudadanos.

El Plan Garantizado de salud es el conjunto de prestaciones e intervenciones que se brindan a la población para enfrentar sus principales problemas de salud y cuya provisión, el Estado asegura a toda la población, subsidiando a los grupos poblacionales pobres. El Plan contiene diversos componentes que requieren de estrategias de intervención diferenciadas:

- Intervenciones Públicas: Definidas por ser bienes o servicios cuya aplicación y beneficio comprenden a grupos poblacionales enteros. Estas intervenciones están orientadas a reducir la probabilidad de ocurrencia de determinadas enfermedades actuando sobre los factores de riesgo para poblaciones enteras o sobre las conductas nocivas para la preservación o mejoramiento de la salud. Por ejemplo, control de contaminación ambiental, eliminación de vectores, disponibilidad de agua segura, información y educación para la salud.
- Atenciones individuales: Aquellas cuya aplicación es de carácter impersonal y cuyo beneficio es individualizable para los que la reciben. Por ejemplo, tratamiento del niño enfermo, control del niño, atención de accidentes, tratamiento del asma. Dentro de las atenciones individuales, existen algunas que de aplicarse a un individuo,

producen beneficios que van más allá de los consumidores de dichos servicio, es decir, producen altas externalidades en la sociedad. Estas intervenciones se denominan "Atenciones individualizadas de alto valor social". Dentro de estas se encuentran las inmunizaciones del calendario nacional, tratamiento de enfermedades transmisibles (tuberculosis, lepra, malaria, enfermedades de transmisión sexual, etc.).

El modelo de prestación de los servicios organiza la atención de salud en base a dos niveles de atención complementarios:

- Redes de establecimientos y servicios de salud primaria.
- Redes de establecimientos y servicios hospitalarios

Se define operacionalmente a la Red de establecimientos y servicios de salud como el conjunto de unidades (a nivel primario u hospitalario) públicos o privados, productores de servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad, capacidad de resolución y costos de operación, interrelacionadas por una red vial y corredores sociales, cuya articulación funcional o administrativa garantiza la provisión del Plan Garantizado de Salud.

La producción de los servicios dentro de la Red, se organiza en base a las necesidades de los servicios

de la Red, para brindar los servicios contenidos en el Plan Garantizado. Es en función de estas necesidades, que se asigna un nivel de complejidad a cada establecimiento. Los niveles de complejidad de los establecimientos es:

- Hospital Local
- Centro de Salud de referencia
- Centro de Salud
- Puesto de salud

En modelo de Gestión de las Redes de Servicios, debe responder al modelo de prestación, así como el modelo de financiamiento. Los parámetros que orientan la organización del modelo de gestión son la descentralización y la búsqueda de eficiencia y calidad. Así pues, hoy en día se organiza el espacio local para las intervenciones de Salud Pública, así como la atención médica básica.

- **Los Programas de Salud**

Los programas de salud son ordenamientos administrativos que consisten en la asignación de un conjunto de recursos y fuerza de trabajo bajo una dirección particularizada, destinados a la realización de uno o más objetivos específicos, lo que puede ser expresado en resultados esperados. Los programas se encuentran contenidos en alguna institución de la cual forma parte o, alternativamente están ubicados en varias instituciones, cada una de las cuales

desarrollan parte de las tareas que componen el conjunto de las actividades del programa.

Los programas son intervenciones sobre los problemas priorizados, basadas en las explicaciones aparentes o en sus expresiones, en consecuencia, no pretenden resolverlos o transformarlos radicalmente, sino, mantenerlos bajo control o vigilancia. Es por ello que sus intervenciones se tornan permanentes o se establecen cuando aparecen las expresiones del problema. No se enfrenta radicalmente sobre los problemas porque no existe aún el conocimiento o la capacidad técnicas y recursos para hacerlo.

Los programas son de diversa naturaleza y tipo, dependiendo de la finalidad que tengan. Los programas en forma general se pueden agrupar en tres grupos: 1) Programas de Prestación de Servicios o Programas de Atención (abordan problemas terminales en directo contacto con la población beneficiaria, producen actividades de atención de salud de las personas o del medio, 2) Programas de Inversión (dirigidos a la creación o readecuación de infraestructura física, equipamiento, desarrollo de recursos humanos o de investigación), 3) Programas de Gestión (dirigidos a elevar la capacidad de conducción y gerencia institucional y sectorial, desarrollando las tecnologías organizacionales apropiadas). Los que actualmente desarrolla el MINSA son:

A. Programas Sociales:

- Sub programa de Planificación Familiar, Sub programa de Mujer, salud y Desarrollo.
- Sub programa de Salud del Adolescente y Escolar

B. Programas de salud Mujer Niño: Sub programa Materno-perinatal

- Sub programa de Control de Cáncer Ginecológico
- Sub programa de Crecimiento y Desarrollo Infantil
- Sub programa de Control de enfermedades Diarreicas y Cólera
- Sub programa de Infecciones Respiratorias Agudas
- Sub programa Ampliado de Inmunizaciones

C. Programa de Enfermedades Transmisibles

- Sub programa de Control de la Tuberculosis y Hanseniasis
- Sub programa de Control de malaria y otras Metaxénicas
- Sub programa de Control de Zoonosis
- Sub programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA

D. Programas Especiales:

- Sub programa de Salud Mental
- Sub programa de Salud Bucal
- Sub programa de Prevención de Deficiencias de Micronutrientes

E. Programas de Complementación Alimentaría

F. Programa Alimentación y Nutrición de Familias de Alto Riesgo (PANFAR)

G. Programa Alimentación y Nutrición de Tuberculosos (PANTBC)

H. Programa de Alimentación Complementación en áreas Focalizadas (PACFO)

Los diferentes problemas de salud son atendidos con diferente énfasis, en base a un proceso llamado priorización en salud, el cual es un proceso político y técnico. El carácter político está asociado a los programas de desarrollo económico y social que asume el Estado o el Gobierno, que se expresa en las políticas sociales. En la priorización también es importante la disponibilidad de recursos, los indicadores de salud anteriores, el estudio de tendencias y escenarios futuros, el valor social de los problemas; así como las explicaciones que se tengan del origen de los mismos, que permitiría intervenir en hechos cuya resolución arrastra la solución de otros problemas secundarios.

La estructura de los Programas de Salud son:

- **Ámbito de Intervención del Programa:** es el ámbito socioespacial asignado a un conjunto de recursos en salud, usualmente concentrado en una unidad de servicios. Este paquete de recursos ha de ser utilizados en la ejecución de las acciones previstas por un programa a efectos de intervenir sobre la población o el medio ambiente.

- Asignación Poblacional: se refiere a una población de volumen y estructura determinada, la cual queda asignada a una cierta cantidad y tipo específico de recursos, generalmente concentrados en una unidad productora de servicios. Puede una asignación institucional que se determina en función a las diferentes responsabilidades y competencias que los actores sociales asumen en la prestación de servicios de salud, y la asignación funcional que se establece en razón de la distinta capacidad de resolución de problemas por parte de los recursos, o sea, cada población puede estar asignada a más de un recurso o establecimiento dependiendo de la necesidad de salud y la complejidad tecnológica de la respuesta a esa necesidad.
- Caracterización de la población asignada: suelen ser muy heterogéneas social, económica, histórica, cultural y geográficamente; lo cual determina diferentes riesgos y estrategias de atención.

• **Demanda de los Servicios de Salud**

Es un proceso de comportamiento poblacional dinámico en el cual se combinan los recursos, conocimientos y patrones de comportamiento con la tecnología, los servicios y la información disponible con la finalidad de restaurar, mantener y promover la salud. La demanda también se puede definir como la conducta que el consumidor (cliente) que llega a un establecimiento de salud. En otro sentido, también se

define como la necesidad expresada en requerimientos de servicios, condicionada por el factor tiempo.

Los conceptos mencionados corresponden a la demanda observada, pero también existe otro tipo de demanda que se conoce como demanda potencial y se refiere a la demanda de las personas que en la actualidad necesitan de un servicio institucional de salud y que no acuden a él; pero que potencialmente podrían hacerlo.

La demanda es un proceso variante de acuerdo al tiempo, al tipo de población, a las concepciones culturales de la población, a la disponibilidad de recursos, etc. Entre las variables más importantes de acceso de la demanda tenemos:

- Geográficas: En nuestro país la geografía es muy diversa. En provincias, las distancias son grandes y a veces no hay carreteras adecuadas.
- Culturales: Muchas poblaciones no acuden a los servicios de salud por que tienen otras explicaciones al origen y tratamiento de las enfermedades.
- Administrativas: Asociadas al horario de atención, tiempo efectivo de la atención al público.

- Económica: Se refiere a las posibilidades que financiar las tarifas de atención, costos de exámenes auxiliares, de medicamentos, de la hospitalización.

Recientemente con el Seguro Integral de Salud (SIS) amplios sectores de la población pobre están teniendo acceso a la atención básica de su salud en forma gratuita.

- **Epidemiología**

Es el estudio de la distribución de la enfermedad y de los determinantes de su prevalencia en el hombre. La definición indica dos áreas principales, el estudio de la distribución e la enfermedad y la búsqueda de los determinantes de la distribución encontrada. Por tanto la Epidemiología es una ciencia que se convierte en un instrumento fundamental para el estudio de la distribución y de los factores condicionantes de la morbilidad y mortalidad de las poblaciones, así como el planteamiento de estrategias de intervención para la prevención de ellas. Pretende desarrollar indicadores distintos a los que se usan normalmente (Indicadores de estructura, de proceso, de resultado), a fin de medir las repercusiones sociales, y económicas y en materia de salud social .Tiene como herramienta fundamental a la Investigación Epidemiológica, que permitirá conocer cada vez mas los problemas que se orienten a la solución integral de salud.

El **desarrollo histórico de la epidemiología** nos muestra esquemáticamente tres etapas:

a) **Primera**, desde sus remotos orígenes, expresa preocupación exclusivamente por el fenómeno epidémico: **Etapla Empírica**

b) **Segunda**, señala la existencia de una ciencia descriptiva de las enfermedades de mas, donde se establecen relaciones causales de los factores que rodean al individuo: que culminan con la teoría del germen y el diagnostico de las enfermedades:
Etapla Científica

c) **Tercera**, plantea decididamente la importancia del ambiente en la producción de la enfermedad:
Etapla Ecológica

La Epidemiología puede contribuir en los sgtes campos:

- a) En la Salud Ocupacional
- b) En la planificación de los Servicios de Salud
- c) En la Evaluación de los Servicios de Salud
- d) En la Evaluación de la Tecnología
- e) En los perfiles y factores de riesgo incluyendo el estilo de vida
- f) En la capacitación de los Recursos Humanos

El mejoramiento de la capacidad de predecir la enfermedad y la muerte plantea la necesidad de aplicar el modelo de sus factores de riesgo, las definiciones clásicas no nos sirven, es importante

conocer los factores de riesgo de una población que pueden ser causas o señales sobre las cuales se debe intervenir y posteriormente evaluar su impacto.

Una estrategia complementaria para la adecuada orientación de las actividades de salud en todas sus fases es la Vigilancia Epidemiológica que es un prerrequisito para los programas de prevención. Asimismo su utilidad dependerá de la capacidad de los servicios de salud

D) La Salud Pública y la Comunidad

- **La Medicina Comunitaria**

La Medicina Comunitaria es una estrategia de ampliación de cobertura sanitaria. Siendo su principal característica que surge como una estrategia reactiva frente a una coyuntura mundial de crisis, que se inicia en la década del 60. Dicha crisis fue económica, donde uno de los mayores reclamos sociales fue el acceso a los servicios de salud, pero también esta crisis fue evidente en los modelos de atención sanitarios tradicionales.

En el Perú, la Medicina Comunitaria, cobró vigencia por la acción de las Universidades, siendo la definición más usada y aceptada, la propuesta por el Dr. Carlos Vidal Layseca: "Conjunto de acciones intra y extrahospitalarias de medicina integrada que realiza un equipo de salud con la participación activa de la comunidad". Pero en la práctica esta forma de medicina, surgió en crítica al modelo dominante de

tipo intrahospitalario, "intramural", asistencialista y reparativo; pues amplios sectores de la población no accedían a los servicios de salud por razones de pobreza o desconfianza cultural. La medicina comunitaria fue planteada en el nivel universitario, como una expresión del llamado "apostolado" de la medicina, e incluso con un sentido ideológico, de opción por los pobres; que los convocaba a buscar a las familias y a la comunidad, en sus mismos lugares de residencia, para desarrollar acciones principalmente educativas, de saneamiento básico y de atención básica de salud.

Los aportes de la medicina comunitaria pueden resumirse en:

- La reapropiación del conocimiento científico por el pueblo, pues históricamente éste fue monopolizado por la clase media, como sustento de su poder.
- La reapropiación política, es decir, el poder de decisión sobre su salud y las acciones de salud (derecho a actuar en salud y a exigir por su cuidado y la responsabilidad de participar en este cuidado).
- Es los aspectos operativos, la conformación del Equipo de salud de carácter multidisciplinario, situación que permite la concreción práctica del concepto de multicausalidad e integralidad en salud.

Además podemos señalar algunas insuficiencias de este tipo de intervención:

- En muchos casos se intenta desplazar la responsabilidad del costo de los servicios de salud a las poblaciones.
- En la concepción de la Medicina Comunitaria subyace un concepto poco claro de comunidad. Se considera como sinónimo de sociedad, pero sabemos que sociedad no es estrictamente un grupo humano con intereses comunes.
- El reforzamiento del Modelo Sanitario Asistencialista, pues al "automarginalizarse" algunos profesionales que iban a la comunidad, los presentaba como motivados por una vocación comunitaria o que "les gustaba" la comunidad, mientras que otros hacían la medicina científica y especializada, en los hospitales.

• **La Educación Sanitaria**

Los enfoques y metodología de la educación sanitaria han ido variando constantemente. Se fundamenta en la necesidad de que la misma población adquiera costumbres y estilos de vida saludables, basados en la información y educación con sólida básica científica. La educación sanitaria no es un asunto principalmente de técnicas, material educativo y logística. Consideramos decisivo plantear primero el enfoque educativo que se usará, pues de éste se derivan: la metodología, las técnicas e instrumentos.

Estos modelos no son necesariamente excluyentes, y podría proponerse su pertinencia para determinados aspectos o momentos de la educación.

a) El enfoque tradicional es la "transmisión de conocimientos", de los técnicos hacia los menos instruidos. El conocimiento estaría sólo en los libros, en los centros de investigación o universitarios. La población sería "ignorante" o vacía de conocimientos y sobre ella se podría depositar la información. El protagonista más importantes es el profesor o ponente, la técnica favorita es la clase, charla o conferencia. Se evalúa la adquisición de conocimientos, mediante un examen.

b) El enfoque de la tecnología educativa o del adiestramiento, basada en el conductismo psicológico, aparece como moderno (Información, educación, capacitación -IEC), también conceptúa que el conocimiento es producto de algunos expertos; pero lo que importa y se evalúa es el cambio de conductas en los educandos. Busca programar el aprendizaje en base a estímulos y respuestas, a manera de una "ingeniería de la conducta".

c) La educación crítica propone que el conocimiento es producto social o colectivo, que lo importante es el proceso y condiciones de participación de técnicos (llamados facilitadores) y la población. La mente de la gente no está vacía, contiene otros

conocimientos, valores, experiencias, necesidades y otros, que deben considerarse en el proceso educativo. Estos elementos subjetivos se pueden asociar al concepto de cultura.

- **Atención Primaria de la Salud**

Es una estrategia de intervención sanitaria de carácter mundial, que concita la atención del mundo sanitario hace más de 20 años. Es una modalidad más precisa y operativa de Medicina Comunitaria, con la finalidad de ampliar la cobertura de atención, centrada en la atención básica con la participación de la comunidad con el apoyo del Estado. Reconoce la validez esencial de la asistencia sanitaria básica pero exige la transformación total del sistema sanitario.

En 1978 se realizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada por la Organización Mundial de salud (OMS) y UNICEF, en Alma-Ata (Kaza Kastan, URSS) en donde participaron 134 gobiernos de los cinco continentes.

En este evento se acordó hacer un llamado a los gobiernos y pueblos del mundo para impulsar estrategias para lograr el objetivo de Salud para Todos en el año 2000. La declaración que recoge este evento fue un documento que durante los últimos 20 años inspiró una renovación profunda en las políticas de salud, pues puso énfasis por ejemplo en la prevención, las condiciones sanitarias básicas y la participación comunitaria, entre otras. Su matriz conceptual se basaba en el modelo de explicación

proporcionado por la llamada "historia natural de la enfermedad o daño", del cual se deducían diversos niveles de atención y prevención por niveles de complejidad.

Reconoce la presencia de la medicina tradicional; pero en la medida que sea funcional al sistema de salud oficial. Se sustenta, en el plano local como en la referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad".

De la anterior estrategia se desprendieron intensas acciones de captación de parteras, curanderos, hueseros, así como de capacitación a personas de la comunidad, llamados promotores de salud, para que hicieran labores de apoyo al personal oficial de salud, dentro de las concepciones y técnicas de la medicina preventiva moderna.

▪ **Democracia y la Participación Social**

En los tiempos del Estado de bienestar, la salud era asumida por el Estado como un deber. El salubrista, entonces, se constituyó en un agente del Estado y de la ciencia, un interventor técnico-normativo, quien a

través de su accionar lograba efectivizar en las instituciones de atención médica y en la población el propio poder del Estado y ejecutar la "verdad" de la ideología científico-tecnológica positivista con el fin de prevenir los riesgos de enfermar de la población a su cargo transformada en objeto, la misma que no sólo recibía la intervención "civilizatoria" de la ciencia y la técnica sino que tenía además, que aprender a olvidar su cultura particular siempre riesgosa por no responder al universalismo de la razón. Amplios sectores sociales han estado marginados de la representación política, especialmente los más pobres, los sectores rurales andinos, los actores sociales emergentes en las urbes.

El país se redujo a los sectores de la gran economía y a la capital, por su impacto social, aumentando las brechas además con las provincias. Lo anterior se refleja también en el creciente centralismo a pesar de las declaraciones y los gestos de desconcentración funcional. Los organismos centrales de gobierno centralizaron a tal grado que anulaban la capacidad de rebeldía o autonomía regional, el chantaje económico con el presupuesto llevó a que muchos municipios provincianos por ejemplo, tengan que supeditarse a las condiciones políticas del poder central, para poder por lo menos sobrevivir.

Por otro lado, en los últimos años, especialmente luego del fin de la guerra fría, que ponía como el gran dinamizador social a la guerra y la lucha de clases, se

ha puesto mayor énfasis y prioridad en buscar la paz, el encuentro humano para buscar el bienestar colectivo, la convivencia. La idea que promueven quienes ostentan el poder en Estados dictatoriales es que la democracia es principalmente un mecanismo electoral, que elige a una mayoría, para ella gobierne con la legitimidad de esta democracia formal e incluso, en el mejor de los casos, con dictadura de la mayoría.

La propuesta democrática es muy antigua, pues se asumía como un sistema opcional al "gobierno de los mejores" o de los sabios (aristocracia) que proponían ya Sócrates y Aristóteles. Un desafío para las actuales democracias es cómo concertar con las minorías, cómo integrar un país con diferentes nacionalidades o identidades étnicas, políticas y sociales, donde incluso algunos sectores sociales están excluidos y son muy pobres. La democracia que considera a las minorías es la llamada también democracia dialogante, que es expresión de la necesidad de diálogo no sólo entre grupos sociales o políticos diferentes, sino de una actitud más amplia, como es el diálogo entre varones y mujeres, entre adultos y jóvenes, entre gobernantes y gobernados, entre gerentes y empleados. Este diálogo busca crear comprensión y simpatía mutua que pueden constituir niveles de fusión de visiones. Comprender al otro, ponerse en el lugar del otro, permite además comprenderse a sí mismo, que redundará en la mejor comprensión del diferente.

El diálogo tienen poder como sustitutivo de la violencia, ".. la democracia dialogante es probablemente esencial para el cosmopolitismo Civil en un mundo de diversidad cultural rutinaria". Pero este diálogo debe tener la condición de respeto del otro, de reconocer la posibilidad de verdad en éste, así como la identificación de comunidad en la utopía del bienestar social. El diálogo no necesariamente buscaría llegar a la idea correcta, a la verdad o al consenso, sino que el resultado de éste, expresa o refleja la discusión. La democracia no se referiría a que todos participen, sino a la transparencia de las opiniones sobre los asuntos colectivos. Esta democracia deliberativa no sólo sería pertinente para el nivel de la macropolítica, sino también de la vida cotidiana. "La democracia dialogante supone sólo que el diálogo en un espacio público ofrece un medio de vivir junto al otro en una relación de tolerancia mutua, sea ese otro un individuo o una comunidad mundial de creyentes religiosos."

El sistema de salud moderno especialmente su forma salud pública asumió a la población como objetos de su acción, cuando ahora se los reconoce como sujetos individuales y colectivos que producen su salud en el diario vivir. El accionar del salubrista se fundamentaba, de esta manera, en el mito de que la ciencia positiva, la técnica y el Estado solucionarían todos los problemas de salud.

La participación de las personas, organizadas o no, en determinados ámbitos de la vida en sociedad, y en particular en el cuidado de la salud, tienen connotaciones políticas e ideológicas y un devenir histórico que es importante tener en cuenta. Desde esta connotación, es importante una revisión de los conceptos de participación comunitaria, participación popular, participación social, muchas veces utilizados indistintamente.

El concepto Participación Comunitaria forma parte de un enfoque conservador y también del enfoque desarrollista de la década del 50.

- En el enfoque conservador, la participación ciudadana tiene por finalidad integrar a la gente para el funcionamiento armoniosos del sistema, de acuerdo con lo que establece la clase dirigente y el liderazgo tradicional.
- El enfoque desarrollista, cuya principal expresión fue la "Alianza para el Progreso" surgida como una respuesta a las inquietudes sociales que despertó la Revolución Cubana en América Latina, concibe que la participación ciudadana tiene como finalidad mejorar el orden social, con la intervención de la misma gente a través de un proceso en el cual el pueblo tiene posibilidades de negociar con el gobierno, aquellos aspectos que interesan a su propio bienestar.

El concepto de Participación Popular, forma parte de corrientes socialistas, con cierto auge en América Latina durante las décadas del 60 y 70. En el enfoque socialista, la participación popular tiene por finalidad transformar el orden social mediante un proceso de creación de poder popular. Este enfoque de participación popular, derivado del análisis y configuración de los denominados movimientos populares, comienza a modificarse, según Carlos Franco, a fines de la década de los 70, por la interacción de un conjunto muy complejo de circunstancias. Entre éstas merecen mencionarse la cada vez más evidente ineptitud del enfoque para integrar y explicar una realidad que los desborda, el fracaso de las expectativas políticas derivadas del enfoque y la crisis de los partidos de izquierda y la inserción, cada vez más amplia y profunda, de los analistas y los centros de investigación y promoción en el "mundo popular".

Se configuran así los denominados movimientos sociales desde una perspectiva de desarrollo integral, fundado en la calidad de vida, el saber práctico y la participación. La diversidad de movimientos sociales torna difícil una generación que no acabe mistificando a tales actores. Sin embargo, pareciera existir una tendencia incipiente a identificar tres dimensiones: el rescate de cotidianidad en la constitución de los sujetos o de las identidades; el énfasis en la participación social directa más, que en la participación política representativa; y la construcción

de una cultura democrática y no sólo de una democracia formal. Es desde este enfoque que se habla en la actualidad, con más propiedad de participación social.

Respecto a las dimensiones ideológicas de lo que se denominó hace algunos años participación comunitaria en salud, Antonio Ugalde afirma que bajo la perspectiva ideológica de manipulación de culturas y valores para atenuar las presiones por cambios sociales durante los años 40 y 50, la organización comunitaria fue la respuesta lógica para introducir cambios de valores y asegurar el éxito de los programas de autoayuda, los mismos que fueron impulsados por agencias internacionales. Dos supuestos falsos pueden explicar la promoción de la participación comunitaria en programas de salud: el primero, es la creencia que los valores tradicionales de los pobres constituyen la principal limitación para las mejoras de salud; el segundo, es la idea que los pueblos "tradicionales" no pueden organizarse por sí mismos.

La legitimación formal para la participación comunitaria en programas de salud tuvo lugar en la Conferencia de Alma Ata en 1978, donde la vinculación entre atención primaria de salud y participación comunitaria fue formalmente definida. Como una de las conclusiones en este punto, Ugalde señala que en países donde los ciudadanos consideran que sus intereses y demandas de salud

no son articulados en forma adecuada por los partidos políticos, la participación de los ciudadanos en la conformación de políticas, a través de asociaciones privadas tales como grupos de consumidores, ecologistas y la autoayuda en salud, son necesarias y útiles. En síntesis, la participación comunitaria es una actividad política y no puede ser organizada por gobiernos o agencias internacionales, para satisfacer sus propias necesidades políticas.

La participación social se conceptualiza, en general, como la contribución consciente, crítica, continua y permanente de miembros de las organizaciones sociales (de la comunidad) orientada al logro de objetivos comunes que produzcan un beneficio para su salud. Tiene dos componentes: la motivación individual y/o colectiva y su direccionalidad política. Esto significa ser menos "objeto" de decisiones en las que no intervienen y que sólo conocen por los efectos que producen en ellas, y ser más "sujetos" o protagonistas en el proceso colectivo en que tales decisiones se desarrollan.

2.3. Relación Docencia Servicio

La habitual queja sobre que "la universidad no forma el profesional que el país necesita" por muy repetida y valedera que sea, no deja de ocultar un fenómeno más de fondo. Como sea que los perfiles de formación se remiten a modelos prestadores que operan como imaginarios y dado que en nuestras sociedades existen varios modelos prestadores en relativo conflicto. Resulta frecuente ver como

el imaginario de los profesores se remite a otros modelos prestadores. Las mismas universidades acusadas de no formar los profesionales que el país (desde la perspectiva del Estado) necesita, pueden mostrarse orgullosas de la alta proporción de éxitos de sus graduados que acceden a entrenamientos de Postgrado en el extranjero.

Mientras las instituciones de formación pueden resistir las regulaciones estatales con algún éxito, resisten mucho menos la pérdida de legitimidad social que se constituye a partir del fracaso de sus graduados en algún segmento del mercado laboral o del mercado educacional de Postgrado y/o de la pérdida de prestigio o credibilidad de la institución.

El análisis de la formación de diferentes categorías y estamentos profesionales, muestra un panorama de fragmentación en múltiples instituciones, que trabajan bajo regímenes legales diferentes y con lógicas también diferentes. Si embargo las instituciones formadoras tienen la capacidad de legitimar y consagrar desde el pregrado la fuerte estratificación profesional y la baja movilidad social que se verifica en los servicios de salud.

2.4. Perfiles Profesionales en Salud

Los nuevos tiempos son diferentes, no son lineales, impredecibles, turbulentos, cambio de paradigmas, de globalización, liberalismo. En América Latina, tres procesos: la democratización, crisis económica y la deuda externa, así como los explosivos problemas sociales. Los profesionales no requerirán demasiadas destrezas para acumular información, sino para actuar con sabiduría, creatividad,

capacidad innovadora, ante la información disponible. No se necesitará profesionales que sepan hacer lo que se les enseñó, porque los problemas serán diferentes. Deberán saber resolver problemas nuevos, nunca antes vistos ni pensados, deberán tener antenas para captar la realidad. Versatilidad, creatividad, capacidad de establecer relaciones humanas en todos los niveles. Las nuevas cualidades ha desarrollar serían:

- a) Aprender a desempeñarse en la complejidad (basta una idea del sentido y amplias orientaciones).
- b) Futuro alimentación o sentido prospectivo de la vida.
- c) Proyectar escenarios probables y hacer planes abiertos.
- d) Flexibilidad y cooperación, descentralizadas, semiautónomas, reemplazar la estructura piramidal por redes intervencionales, mayor participación. La calidad como fin. Enfatizar la comunicación oral.

El éxito de un profesional dependerá de que haya cultivado talentos humanos más primarios, que se desarrollan en el hogar y educación básica: creatividad, capacidad de innovación, originalidad, capacidad de cuestionar y romper rigideces y el sentido común, los saberes convencionales. Ello requiere personas con seguridad en si mismas, alta autoestima, independencia de criterio y capacidad de funcionar autónomamente. Saber hacer preguntas, más que dar respuestas, saber vivir en la incertidumbre.

Hay dos partes que intervienen en el dilema humano. Una es la creencia de que el fin justifica los medios. Esta filosofía arrolladora, deliberadamente sorda al sufrimiento se ha convertido en el monstruo de la maquinaria bélica. La otra

es la traición al espíritu humano: la afirmación del dogma que cierra la mente y convierte a una nación, a una civilización, en una legión de fantasmas torturados. Estos valores, la solidaridad y la libertad de pensamiento también han sido propuestos como necesarios en las nuevas organizaciones sociales.

2.5. Opinión Concepto:

Sinónimos: parecer, consideración, sentir, crédito, dictamen, fama, criterio, veredicto, prestigio, reputación, convencimiento, juicio

1. Modo de juzgar sobre una cuestión, concepto que se forma o tiene de una cosa cuestionable, sentir o estimación en que coincide la generalidad de las personas acerca de un asunto.

2. Fama o concepto en que se tiene a una persona o cosa: la buena opinión que tengo de ti, de tu valer.

3. Juicio parecer, sentir, convencimiento, criterio, voz, voto, dictamen, informe, veredicto, sentencia, convicciones*, idea. *Si es de carácter técnico o pericial, se dice dictamen; informe es la exposición de un dictamen. Juicio, sentir, convencimiento y criterio coinciden con opinión en que pueden callarse o expresarse. ``Se tiene la opinión, se da el parecer o el dictamen. Aquélla sólo explica el juicio que se forma en un asunto en que hay razones en pro y en contra; estos explican la exposición de la opinión. Tiene su opinión, pero la calla. Doy mi parecer o mi dictamen con arreglo a mi opinión´´} (LH). }``La opinión es el juicio que se forma sobre cualquier objeto o asunto. El parecer es la opinión que resulta de un examen detenido. El dictamen es el parecer*

del hombre de carrera, de facultad o de ciencia. Voto es la decisión del que está autorizado a darlo. Se dice: la opinión del público; obró con arreglo al parecer de sus amigos, o según el dictamen del abogado o del médico; el voto de un académico o de un senador. Ocurre un hecho grave, y la opinión pública lo califica”}{(M).}

TIPOS DE OPINIÓN: según informes de auditoría

Existen cuatro tipos de opinión en auditoría:

- A. OPINIÓN FAVORABLE.
- B. OPINIÓN CON SALVEDADES.
- C. OPINIÓN DESFAVORABLE.
- D. OPINIÓN DENEGADA.

LA OPINIÓN FAVORABLE, limpia o sin salvedades significa que el auditor está de acuerdo, sin reservas, sobre la presentación y contenido de los estados financieros.

LA OPINIÓN CON SALVEDADES (llamada también en la jerga de la auditoría como opinión calificada o cualificada), significa que el auditor está de acuerdo con los estados financieros, pero con ciertas reservas.

LA OPINIÓN DESFAVORABLE u opinión adversa o negativa significa que el auditor está en desacuerdo con los estados financieros y afirma que éstos no presentan adecuadamente la realidad económico-financiera de la sociedad auditada.

LA OPINIÓN DENEGADA, o abstención de opinión significa que el auditor no expresa ningún dictamen sobre los estados financieros. Esto no significa que esté en desacuerdo con ellos, significa simplemente que no tiene suficientes elementos de juicio para formarse ninguno de los tres anteriores tipos de opinión.

A) Opinión favorable

Una opinión favorable, limpia, positiva o sin salvedades, expresa que el auditor ha quedado satisfecho, en todos los aspectos importantes, de que los estados financieros objeto de la auditoría reúnen los requisitos siguientes:

(a) Se han preparado de acuerdo con principios y criterios contables generalmente aceptados, que guardan uniformidad con los aplicados en el ejercicio anterior.

(b) Se han preparado de acuerdo con las normas y disposiciones estatutarias y reglamentarias que les sean aplicables y que afecten significativamente a la adecuada presentación de la situación financiera, los resultados de las operaciones y los cambios en la situación financiera.

(c) Dan, en conjunto, una visión que concuerda con la información de que dispone el auditor sobre el negocio o actividades de la entidad.

(d) Informan adecuadamente sobre todo aquello que puede ser significativo para conseguir una presentación e interpretación apropiadas de la información financiera.

B) Opinión con salvedades

(o calificada, con reservas o con excepciones)

Este tipo de opinión es aplicable cuando el auditor concluye que existen una o varias circunstancias en relación con las cuentas anuales tomadas en su conjunto, que pudieran ser significativas. Tratamiento distinto requieren aquellos casos en los que este tipo de circunstancias, por ser muy significativas, impiden que las cuentas anuales presenten la imagen fiel o no permitan al auditor formarse una opinión sobre las mismas.

A continuación, pasamos a estudiar las distintas circunstancias que pueden originar una opinión con salvedades.

Limitaciones al alcance

Existe una limitación al alcance cuando el auditor no puede aplicar uno o varios procedimientos de auditoría o éstos no pueden practicarse en su totalidad; asimismo, los procedimientos no practicados se consideran necesarios para la obtención de evidencia de auditoría, a fin de

satisfacerse de que las cuentas anuales presentan la imagen fiel de la entidad auditada.

Dentro de las limitaciones al alcance, hemos de diferenciar entre dos tipos:

- Aquellas que provienen de la entidad auditada (limitaciones impuestas).
- Aquellas que vienen causadas por las circunstancias (limitaciones sobrevenidas).

Entre las primeras podemos referirnos, a modo de ejemplo, a la negativa de la entidad a entregarnos determinada información o a dejarnos practicar determinados procedimientos de auditoría (por ejemplo, el de confirmación de saldos de clientes).

Entre las segundas podríamos incluir la destrucción accidental de documentación o registros necesarios para la auditoría, o la imposibilidad de presenciar recuentos físicos de existencias por haber sido nombrados auditores con posterioridad al cierre del ejercicio.

No obstante lo anterior, si existieran métodos alternativos para obtener evidencia suficiente, el auditor deberá aplicar éstos métodos (siempre y cuando la entidad auditada facilite la información necesaria para la aplicación de éstas pruebas alternativas), al objeto de eliminar la limitación inicialmente encontrada.

Ante una limitación al alcance, el auditor debe decidir entre denegar la opinión o emitirla con salvedades, lo cual depende de la importancia de la limitación. Para ello hay que tener en consideración:

- a) La naturaleza y significación del efecto potencial de los procedimientos omitidos
- b) La importancia relativa de la cuenta o cuentas afectadas.

C) Opinión desfavorable (negativa o adversa)

Una opinión desfavorable supone manifestarse en el sentido de que las cuentas anuales tomadas en su conjunto no presentan la imagen fiel del patrimonio, de la situación financiera, del resultado de las operaciones o de los cambios en la situación financiera de la entidad auditada, de conformidad con los principios y normas generalmente aceptados.

Para que un auditor llegue a expresar una opinión como la indicada, es preciso que haya identificado errores, incumplimiento de principios y normas contables generalmente aceptados, incluyendo defectos de presentación de la información, que, a su juicio, afectan a las cuentas anuales en una cuantía o concepto muy significativo o en un número elevado de capítulos que hacen que concluya de forma desfavorable.

Si además de las circunstancias que originan la opinión desfavorable, existen incertidumbres o cambios de principios y normas contables generalmente aceptados, al auditor deberá detallar estas salvedades en su informe.

D) Opinión Denegada (abstención de opinión)

Cuando el auditor no ha obtenido la evidencia necesaria para formarse una opinión sobre las cuentas anuales tomadas en su conjunto, debe manifestar en su informe que no le es posible expresar una opinión sobre las mismas.

La necesidad de denegar la opinión puede originarse exclusivamente por:

- Limitaciones al alcance de auditoría.
- Incertidumbres de importancia muy significativa que impidan al auditor formarse una opinión.

Resulta de vital importancia, a la hora de redactar el informe de auditoría de cuentas anuales, que el auditor catalogue una determinada circunstancia como de poco significativa, de significativa o de muy significativa, ya que ello influirá en el tipo de opinión a emitir; en la tabla 2, apuntamos un resumen de utilidad para relacionar el tipo de opinión con la importancia relativa de las distintas circunstancias que se pueden presentar en la práctica profesional:

Tabla N° 2

Relación entre circunstancia y tipo de opinión en función de la importancia relativa

CIRCUNSTANCIA / IMPORTANCIA RELATIVA	Poco Significativa	Significativa	Muy Significativa
Limitación al alcance	FAVORABLE	CON SALVEDADES	DENEGADA
Incertidumbre	FAVORABLE	CON SALVEDADES	DENEGADA
Error o Incumplimiento de PyNCGA	FAVORABLE	CON SALVEDADES	DESFAVORABLE
Omisión de información	FAVORABLE	CON SALVEDADES	---
Falta de uniformidad	FAVORABLE	Acuerdo -> PÁRRAFO ÉNFASIS REFERENCIA A NOTA MEMORIA	---
		No acuerdo -> CON SALVEDADES	DESFAVORABLE(difícil)
Incumplimiento normativa	FAVORABLE	CON SALVEDADES	DENEGADA
Dudas en la gestión continuada	FAVORABLE	CON SALVEDADES	DENEGADA

Por lo tanto **Opinión es la valoración subjetiva o juicio que cada persona formula de manera escrita o de palabra sobre otra persona o cualquier cosa o ente.**

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Habiendo revisado la literatura así como el Internet no se ha encontrado trabajos de investigación similares al tema planteado pero sí innumerables trabajos con técnicas e instrumentos similares en relación al conocimiento y la opinión.

4. OBJETIVOS

4.1. Determinar el grado de conocimiento en Salud Pública de los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina del Universidad Católica de Santa Maria.

- 4.2. Determinar la opinión de los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina de la UCSM, sobre la Asignatura relacionada a Salud Pública.

5. HIPÓTESIS

Dado que todo estudiante del último año de medicina, próximo a ser médico, debe tener un conocimiento esencial en Salud Pública para poder desenvolverse adecuadamente a nivel profesional, donde la universidad juega un rol fundamental en la formación académica y donde la opinión de los estudiantes debe ser valorada y analizada para formular sugerencias que promuevan el mejoramiento de la educación en Salud Pública como de cualquier área, y siendo la opinión de varios colegas egresados de la UCSM de disconformidad sobre el desarrollo de la Asignatura relacionada a Salud Pública cuando fueron estudiantes.

Es probable que los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina de la UCSM, no posean un conocimiento óptimo en Salud Pública ni se generen una opinión favorable sobre la Asignatura relacionada a Salud Pública, adquiridos durante el desarrollo de la misma y que no estén de acuerdo con las exigencias profesionales, curriculas y metodologías educativas actuales.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

VARIABLE	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Conocimiento en Salud Pública	Salud Pública-Concepto	Encuesta para aplicarse a los estudiantes	Cédula de preguntas (Ítems 1)
	Políticas de Salud		Cédula de preguntas (ítems 2 , 4, 7)
	Administración en Salud		Cédula de preguntas (ítems 5 y 8)
	Servicios de Salud		Cédula de preguntas (ítems 3 , 6, 9)
	Salud Pública y Comunidad		Cédula de preguntas (ítems 10)
Opinión sobre la Asignatura relacionada a Salud Pública	Contenido de las clases teóricas	Encuesta para aplicarse a los estudiantes	Cédula de preguntas (Ítems 12 y 18)
	Contenido de las clase prácticas		Cédula de preguntas (ítems 13)
	Concordancia de los contenidos con los objetivos		Cédula de preguntas (ítems 14 y 15)
	Utilidad para el desarrollo profesional		Cédula de preguntas (ítems 11,17 ,19 y 20)
	Didáctica del docente de Salud Pública		Cédula de preguntas (ítems 16)

1.1. Escala de Calificación para Conocimiento

- Excelente : Más de 90% de respuestas correctas
- Muy Bueno : 76 a 90% de respuestas correctas
- Bueno : 51 a 75% de respuestas correctas
- Regular : 26 a 50% de respuestas correctas
- Deficiente : Menos del 26% de respuestas correctas

1.2. Escala de Calificación para Opinión

- Si : De Acuerdo
No : En Desacuerdo
Sin Opinión : Opinión Denegada

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

El ámbito del proyecto tiene por ubicación geográfica al departamento de Arequipa, distrito de Umacollo, que administrativamente está en el distrito de Arequipa en las instalaciones de la Universidad Católica de Santa María con dirección en la Urb. San José s/n Umacollo, específicamente en la Facultad de Medicina Humana.

2.2. Ubicación Temporal

La investigación es de carácter general, coyuntural y se ejecutará el presente año académico 2004.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Universo

El Universo está constituido por los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María que en promedio son 118 (según la fuente: planilla de matriculas de la UCSM) cifra que será tomada como unidades de estudio para el tema propuesto.

2.3.2. Muestra

No será necesario considerar una muestra por ser el universo una cifra manejable para la verificación de acuerdo a la población escogida, según el siguiente cuadro.

Cuadro de Población según Sexo

Género del Estudiante	Universo	
	F	%
Masculino	51	43%
Femenino	67	57%
TOTAL UNIVERSO	118	100%

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Para la elaboración de la investigación, el proponente basará la ejecución en la coordinación con la institución respectiva, aplicando el proceso siguiente:

- Coordinación con el Decano de la Facultad de Medicina Humana en que se llevará a cabo el estudio.
- Coordinación con el Director del Programa Profesional de Medicina Humana.
- Coordinación con el Jefe de Departamento del Programa de Medicina Humana.
- Charla informativa a estudiantes sobre el objeto de la investigación y la forma de llenado del formulario de preguntas.
- Aplicación del instrumento a los estudiantes, de manera directa, que no demande utilizar demasiado tiempo.

- Una vez aplicado los instrumentos, las encuestas serán procesadas en una matriz de sistematización.
- La matriz de sistematización servirá de base para la confección de cuadros estadísticos, para interpretar los resultados y llegar a conclusiones que permitan verificar la hipótesis planteada.

3.2. Recursos

Los recursos que serán necesarios en el proceso de investigación serán asumidos íntegramente por el proponente, y consistirá en lo siguiente:

Recursos Humanos

- × Investigador
- × Asesor de Tesis
- × Estudiantes del último año de la Facultad de Medicina Humana.
- × Estadístico para procesar la información.

Recursos materiales

- × Equipo de cómputo
- × Material de oficina
- × Servicios de fotocopiado, espiralado, impresiones.

3.3. Validación de los instrumentos

El instrumento confeccionado, será sometido a una prueba de validación a 15 estudiantes del último año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, cuya información será procesada para determinar la efectividad en al aplicación de las encuestas, para posteriormente realizar

los ajustes respectivos para la aplicación del instrumento definitivo en todo el universo propuesto en la investigación.

3.4. Criterios para el manejo de resultados

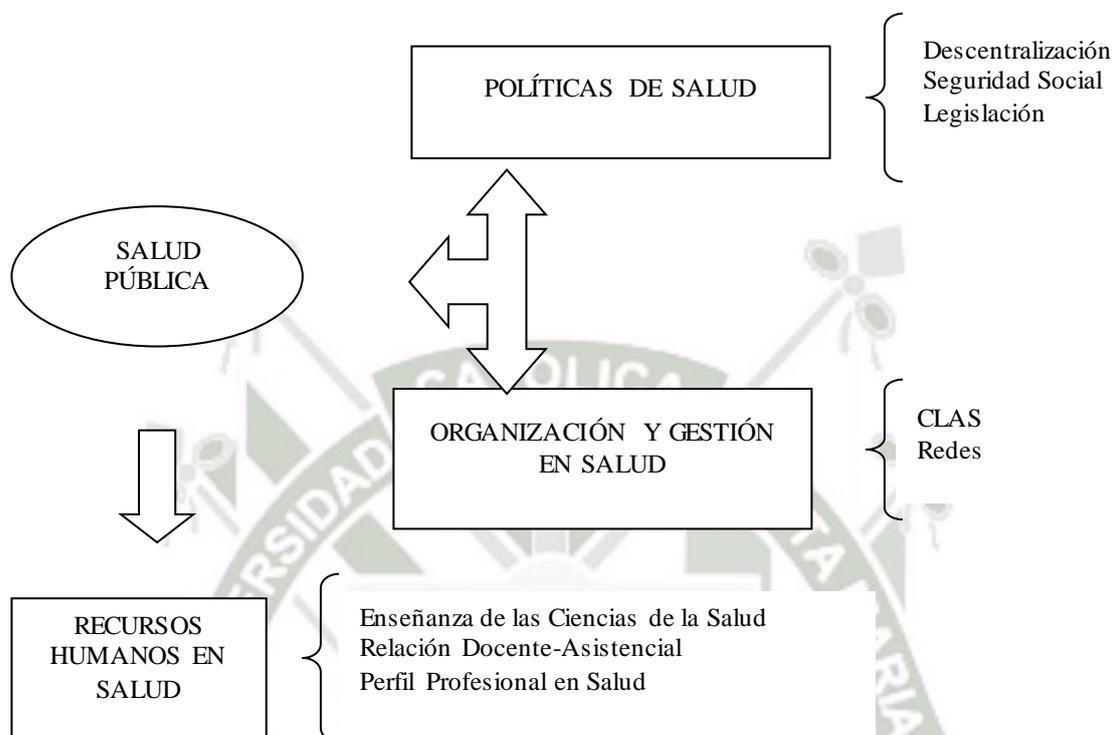
Para el manejo de resultados, se ha planteado identificar la fuente de los datos y cuadros estadísticos como COSAPU-UCSM, 2004, como identificador de la elaboración propia de la matriz de sistematización para la tesis “ *Conocimiento y Opinión sobre la Asignatura relacionada a Salud Pública de los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa – 2004*”.



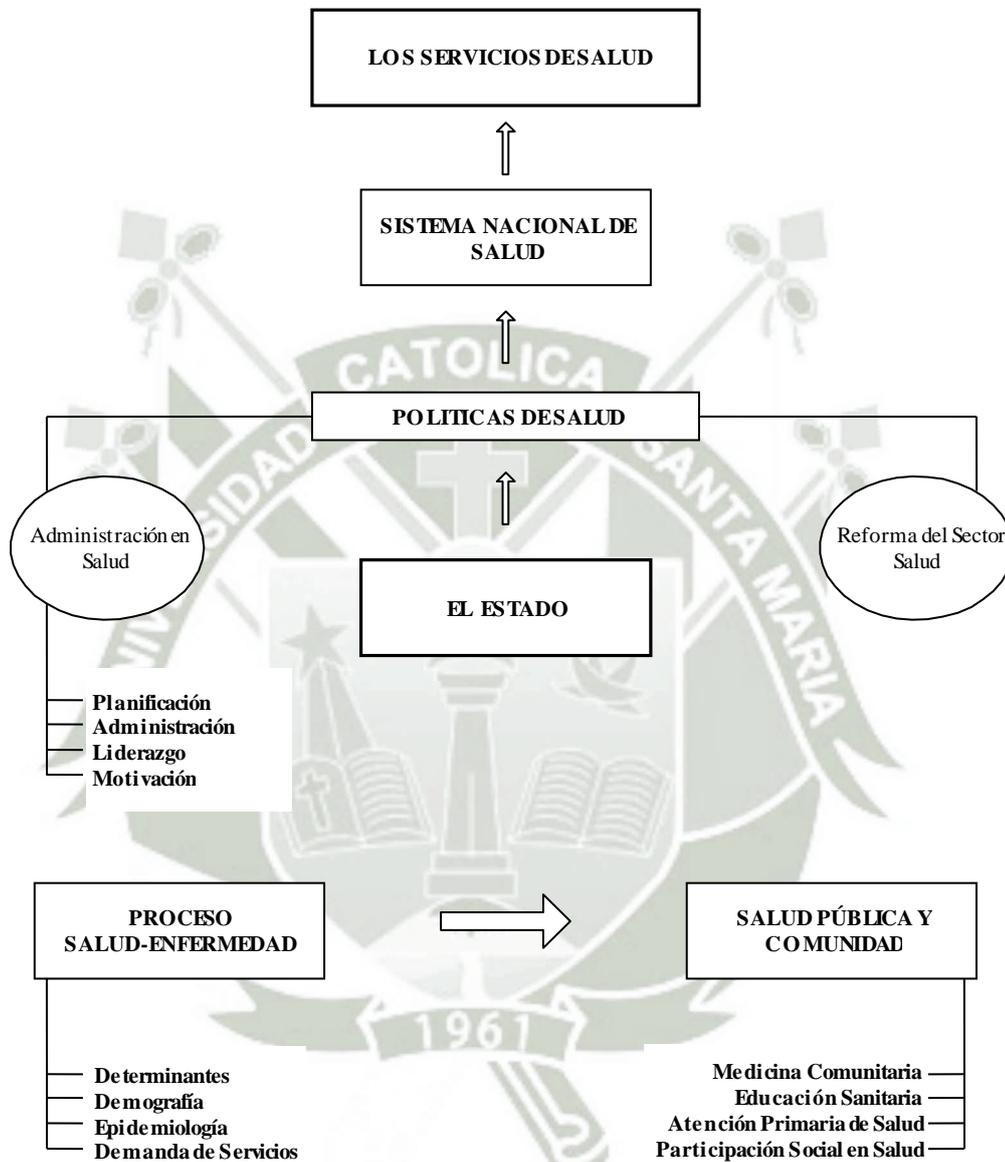
III. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo / Actividades	Abril				Mayo				Junio				Julio			
	1	2	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Ajustes finales del proyecto	X	X	X													
Validación del instrumento			X	X												
Reformulación de Instrumento y Proyecto					X	X										
Recolección de datos							X									
Estructuración de resultados								X	X	X						
Análisis estadístico									X	X	X					
Elaboración del informe final												X	X	X		
Presentación del informe final														X	X	X

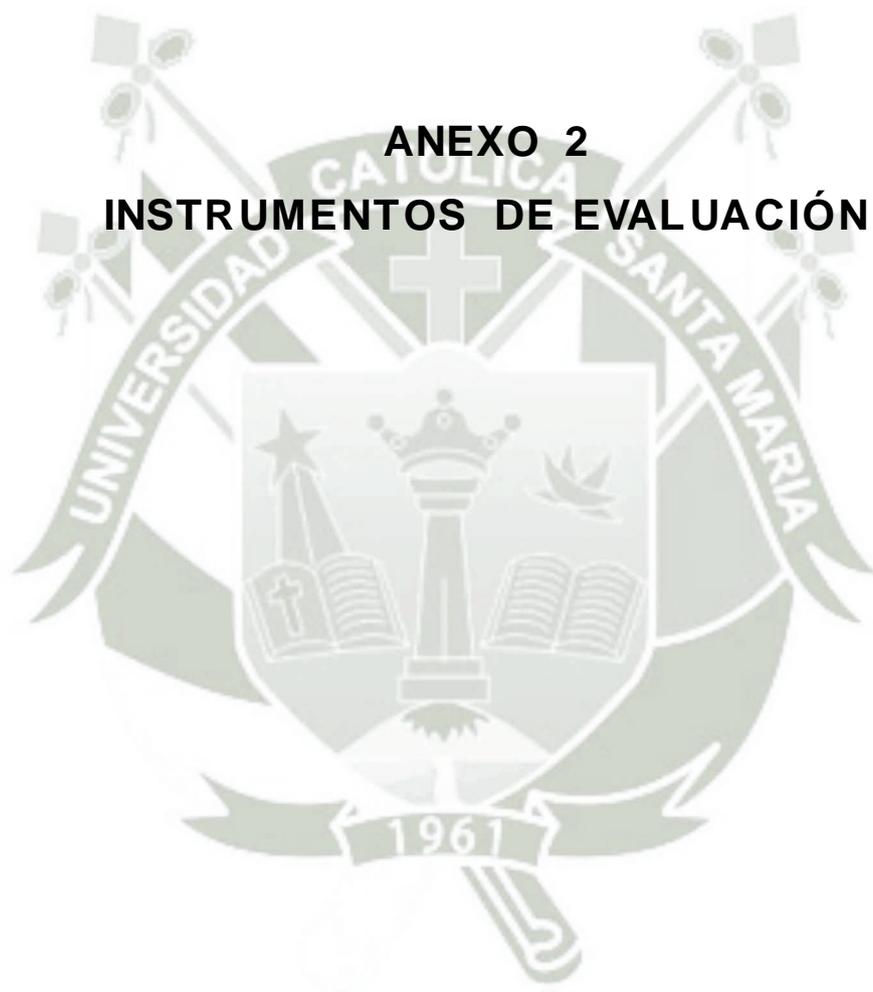
ASUNTOS CRÍTICOS EN LA SALUD PÚBLICA



LAS ÁREAS DE LA SALUD PÚBLICA



ANEXO 2
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN



CÉDULA DE PREGUNTAS

El presente cuestionario de preguntas, consta de 2 partes, una relacionada al **Conocimiento sobre Salud Pública** y la otra a la **Opinión de la Asignatura relacionada a Salud Pública** de los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina Humana, por lo que agradezco responder marcando con una **(X)** en la alternativa que considere apropiada. Charla de Orientación.

Gracias.

I. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD PÚBLICA (Marque la correcta)

1. **Por concepto, la Salud Pública:**
 - a) Comprende la Medicina Social y la Administración en salud.
 - b) Se ocupa exclusivamente de la prevención de enfermedades
 - c) No involucra a la epistemología
 - d) Es un campo multidisciplinario
 - e) Todas las anteriores.
2. **Las Políticas de Salud se han adaptado al Modelo:**
 - a) Modelo de Estado Benefactor
 - b) Modelo Neoliberal
 - c) Modelo Conservador Regresivo
 - e) Modelo Progresivo
3. **Los componentes del Modelo de Atención son:**
 - a) Planificación, Administración, Participación.
 - b) Prestación, Organización, Gestión, Financiamiento
 - c) Descentralización, Gestión, Estrategias, Ejecución
 - d) Organización, Programación, Gestión.
4. **La Reforma en Salud se dirige hacia los principios de :**
 - a) Solidaridad, efectividad, participación ciudadana
 - b) Universalidad, control de costos, libertad.
 - c) Educación, economía, calidad.
 - d) Equidad, eficiencia y calidad.
5. **Son fases de la Planificación Estratégica.**
 - a) Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas
 - b) Organización, Gestión, Financiamiento.
 - c) Fortalezas, Organización, Debilidades, Alternativas.
 - d) Retrospección, Análisis, Estrategias, Ejecución.
6. **El proceso de proveer recursos, organizarlos y utilizarlos para producir bienes y/o servicios para satisfacer necesidades/demandas se denomina:**
 - a) Gerencia
 - b) Gestión
 - c) Cobertura
 - d) Abastecimiento
7. **Según la Ley General de Salud N° 26842 la Salud Pública es responsabilidad de:**
 - a) Sociedad
 - b) Individuo
 - c) Estado
 - d) Estado e Individuo
 - e) Estado y Sociedad
8. **La forma de influenciar la acción del grupo organizado en la elección de objetivos, como a la obtención de los mismos se denomina:**
 - a) Motivación
 - b) Liderazgo
 - c) Participación social
 - d) Ninguno.
9. **Es el resultado de las acciones de salud sobre la población objeto de los mismos:**
 - a) Eficiencia
 - b) Eficacia
 - c) Efectividad
 - d) Rendimiento
 - e) Productividad
10. **En que situación disminuye la tasa de prevalencia:**
 - a) Mayor duración de la enfermedad
 - b) Inmigración de casos
 - c) Elevada tasa de letalidad por la enfermedad
 - d) Prolongación de la enfermedad
 - e) Todas las anteriores.



CONOCIMIENTO SOBRE SALUD PÚBLICA MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

U.E.	RESPUESTA POR PREGUNTA									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
01	C	D	B	D	A	B	C	B	E	E
02	E	B	C	D	A	B	C	B	B	D
03	E	B	B	D	A	A	C	B	B	D
04	E	B	A	D	A	B	F	B	C	E
05	A	C	A	D	A	A	E	B	E	E
06	B	B	B	B	B	B	C	C	D	C
07	B	B	C	D	D	C	B	B	C	C
08	B	C	D	D	D	D	C	C	C	C
09	A	B	D	C	B	C	C	C	C	B
10	A	B	A	D	A	D	C	B	C	E
11	A	B	D	D	A	A	B	B	D	A
12	B	B	C	A	A	C	D	B	D	E
13	D	D	C	D	E	C	D	B	C	B
14	D	B	B	B	D	E	D	C	D	E
15	C	A	A	D	C	C	C	B	B	C
16	B	C	C	B	C	B	C	B	B	B
17	C	B	B	A	B	B	B	B	B	B
18	D	D	A	C	A	B	D	C	B	A
19	D	A	A	C	A	A	D	B	E	B
20	D	A	A	C	A	A	D	B	E	B
21	B	C	A	C	C	C	B	B	C	B
22	E	B	C	D	A	B	D	E	F	F
23	A	B	A	B	C	A	D	A	E	E
24	A	B	A	B	C	A	D	A	C	B
25	C	B	B	B	A	D	B	C	D	C
26	C	B	B	C	B	C	B	B	C	B
27	B	B	C	C	C	B	C	C	C	E
28	C	B	A	B	C	B	B	B	B	B
29	D	A	E	E	E	E	F	E	F	F
30	A	E	A	B	C	B	D	A	B	C
31	E	A	B	D	A	A	C	A	B	E
32	E	A	B	D	A	A	C	A	B	E
33	A	D	D	D	A	A	E	B	D	E
34	A	B	D	D	A	B	E	B	D	C
35	A	B	D	C	A	C	E	C	C	E
36	A	A	D	D	A	D	E	A	D	C
37	A	D	A	B	A	B	C	C	B	B
38	D	D	B	D	A	B	C	B	D	B
39	E	D	A	B	B	A	E	B	C	E
40	E	E	C	D	A	B	E	A	A	F
41	A	B	B	D	E	B	E	C	B	B
42	B	C	A	C	A	B	A	B	C	E
43	A	C	B	A	A	A	D	B	B	B
44	D	B	A	A	A	A	C	B	C	E
45	E	D	B	D	D	E	F	A	D	E
46	A	A	C	A	A	C	D	C	C	B
47	A	D	D	D	A	B	E	B	D	E
48	D	B	A	C	A	A	C	C	B	E
49	A	B	B	D	A	B	D	B	C	B
50	E	B	C	C	A	D	C	B	A	E
51	E	B	C	D	A	D	E	A	D	B
52	A	C	C	B	A	A	E	B	A	C
53	E	B	D	D	C	C	C	C	C	B
54	E	B	D	D	A	A	C	C	C	E
55	E	B	D	D	A	B	F	B	E	D
56	A	D	E	D	A	A	F	A	B	F
57	A	D	C	B	A	B	E	C	B	C
58	A	B	B	B	A	B	E	B	C	B
59	E	B	B	D	D	A	C	A	D	C
60	D	A	B	D	A	D	E	B	F	C

61	A	D	C	D	A	A	E	C	C	E
62	E	B	A	B	B	D	C	B	B	E
63	E	B	A	B	B	D	C	B	B	C
64	E	B	A	B	B	D	C	B	B	E
65	E	B	A	B	B	D	C	B	B	E
66	A	B	A	D	A	D	F	C	D	B
67	E	D	D	D	D	B	C	C	B	C
68	E	B	A	A	A	B	C	B	C	B
69	C	B	B	B	A	B	C	B	A	C
70	A	D	C	C	A	B	A	A	B	B
71	B	E	B	C	A	B	D	B	C	E
72	C	A	A	E	A	B	C	B	E	C
73	E	D	D	B	D	C	B	B	C	E
74	A	B	C	D	C	B	E	B	E	E
75	A	D	C	C	A	A	E	B	E	E
76	D	D	D	D	D	B	C	D	E	E
77	A	B	D	D	A	B	E	B	D	B
78	A	B	D	D	A	B	E	A	E	B
79	E	B	D	D	A	B	E	C	C	E
80	A	B	B	D	A	A	E	A	A	D
81	A	B	D	D	A	B	C	A	E	B
82	A	B	B	C	B	A	D	B	E	A
83	A	D	B	B	B	B	E	A	B	B
84	A	D	B	B	B	B	E	A	B	B
85	E	B	D	D	A	B	C	A	D	E
86	A	C	B	D	D	D	C	B	E	C
87	A	B	B	D	A	A	E	B	D	E
88	D	D	D	B	A	C	E	A	C	E
89	E	D	D	D	A	D	E	A	D	B
90	D	D	A	D	A	B	C	B	A	B
91	E	A	D	C	A	B	E	D	E	B
92	A	D	D	A	A	B	B	B	E	B
93	B	D	B	C	A	B	B	B	E	B
94	E	B	D	D	A	B	E	A	E	E
95	E	D	A	B	B	B	D	A	E	E
96	A	B	C	D	D	B	C	B	D	C
97	E	B	D	D	C	B	E	B	B	E
98	E	A	B	D	A	B	C	B	B	D
99	E	A	A	D	A	B	F	B	E	E
100	D	F	C	E	C	B	F	B	E	E
101	D	A	A	D	D	B	C	A	D	E
102	B	A	A	D	A	B	B	B	B	E
103	D	B	D	D	A	B	C	A	B	E
104	C	A	B	C	D	B	C	B	C	C
105	D	B	B	A	A	B	B	B	C	B
106	A	D	D	D	A	A	E	B	E	B
107	E	E	A	D	A	B	F	B	E	B
108	D	D	D	D	D	D	B	C	D	C
109	A	B	B	B	B	D	B	C	D	C
110	E	E	A	D	A	B	C	B	E	E
111	E	D	A	D	C	B	C	B	D	E
TOTAL	111									
CORR.	D	B	B	D	A	B	C	B	C	C
A	39	16	32	08	68	24	02	24	06	03
B	11	53	30	24	14	56	14	62	28	35
C	09	08	19	18	13	12	40	21	27	21
D	18	28	28	58	13	16	16	02	23	05
E	34	05	02	03	03	03	30	02	24	43
F	00	01	00	00	00	00	09	00	03	04
TOTAL	111									
OK	18	53	30	58	68	56	40	62	27	21
NO	93	58	81	53	43	55	71	49	84	90
OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK

OPINIÓN SOBRE LA ASIGNATURA RELACIONADA A
SALUD PÚBLICA MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

U.E	RESPUESTA POR PREGUNTA									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
01	B	B	A	D	B	C	A	C	B	C
02	C	C	C	C	B	B	A	B	B	C
03	B	C	C	B	C	C	C	C	C	A
04	C	C	C	D	A	A	A	C	B	A
05	C	C	C	C	A	B	A	C	C	A
06	C	C	C	C	B	C	B	B	B	A
07	B	B	B	D	C	C	B	B	A	A
08	B	B	B	C	B	B	C	A	A	A
09	B	B	B	C	B	B	B	B	A	B
10	B	B	B	C	C	C	C	C	C	C
11	B	B	A	A	B	C	A	C	C	A
12	C	C	C	E	B	B	B	B	B	B
13	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
14	B	B	B	C	B	B	B	B	A	B
15	B	B	B	C	B	B	B	B	B	B
16	B	B	B	B	B	B	B	A	B	A
17	C	C	C	E	C	C	C	C	C	C
18	B	C	C	C	A	A	A	A	C	A
19	B	A	A	B	B	A	A	B	B	A
20	B	A	A	C	A	B	B	A	A	A
21	A	B	A	D	B	B	B	A	B	C
22	C	C	C	E	C	C	C	C	C	C
23	B	C	A	D	C	C	C	C	C	C
24	C	B	A	C	C	A	C	A	B	A
25	C	C	C	E	C	C	C	C	C	C
26	C	C	C	E	C	C	C	C	C	C
27	C	C	C	E	C	C	C	C	C	C
28	C	C	C	E	C	C	C	C	C	C
29	C	C	C	E	C	C	C	C	C	C
30	B	B	A	B	B	B	B	B	A	A
31	C	A	A	D	C	A	C	C	C	A
32	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
33	B	B	A	C	B	B	B	B	B	A
34	A	B	C	C	B	B	B	C	B	B
35	A	B	B	C	A	B	A	B	A	A
36	B	B	B	C	A	B	B	A	B	A
37	B	B	B	B	B	B	C	A	B	A
38	B	B	A	A	B	B	A	A	A	A
39	A	B	A	A	A	A	B	A	A	A
40	A	A	A	A	A	C	A	B	A	A
41	A	B	B	A	A	B	A	B	C	C
42	A	A	A	C	B	A	A	C	A	A
43	B	B	B	C	B	B	A	B	B	A
44	B	A	B	E	A	B	A	C	A	A
45	B	C	C	B	B	B	C	A	A	A
46	A	A	A	C	B	B	B	B	B	B
47	B	B	B	C	C	B	A	B	B	A
48	B	B	B	C	B	B	B	B	B	A
49	A	A	C	C	A	B	A	A	B	A
50	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A
51	B	A	A	D	A	B	A	A	B	A
52	B	A	A	A	C	B	C	C	C	C
53	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
54	B	B	A	C	C	B	C	A	C	A
55	B	B	B	C	B	B	B	B	B	A
56	B	A	B	B	A	A	A	A	A	A
57	A	C	A	A	C	A	A	C	C	A
58	B	C	C	C	B	B	A	C	B	A
59	B	B	B	C	B	B	B	B	B	A
60	C	C	A	C	B	B	B	B	B	A

61	B	B	B	C	B	B	A	B	B	A
62	C	C	C	C	B	B	C	A	C	A
63	B	A	A	D	A	A	B	A	B	A
64	B	B	B	C	B	B	B	B	B	A
65	B	B	B	C	B	B	B	B	B	A
66	C	A	A	C	B	B	C	B	B	A
67	C	C	C	E	C	C	C	C	C	C
68	C	C	C	E	C	C	C	C	C	C
69	B	B	B	C	A	B	B	B	A	A
70	B	B	B	C	B	B	B	B	B	A
71	B	B	B	C	B	B	B	B	B	B
72	B	B	B	C	B	B	B	B	B	A
73	B	B	B	C	B	B	B	B	B	B
74	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A
75	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A
76	C	A	B	B	A	C	B	A	B	A
77	C	C	C	A	C	B	A	B	C	B
78	B	C	C	C	C	A	C	C	C	A
79	B	B	B	C	B	B	B	B	B	A
80	C	C	B	D	B	B	B	B	B	B
81	B	C	C	C	C	A	B	C	B	A
82	B	B	B	B	B	A	B	B	A	B
83	B	A	B	B	B	B	B	B	A	A
84	B	A	B	B	B	B	B	B	A	A
85	A	A	A	D	A	A	A	A	B	A
86	B	A	B	C	B	B	C	C	A	A
87	C	B	C	A	C	A	A	A	C	C
88	B	A	B	C	A	B	A	A	A	A
89	C	C	C	C	B	C	A	B	A	A
90	B	B	B	C	C	B	A	C	B	A
91	B	B	B	C	B	B	A	B	A	A
92	A	B	C	C	B	B	A	C	B	C
93	A	B	C	C	B	B	A	B	A	B
94	B	C	C	A	C	B	A	B	C	A
95	B	B	B	A	B	B	B	B	B	A
96	B	A	B	A	B	B	B	A	A	A
97	B	B	C	C	C	C	A	B	A	A
98	B	B	A	C	C	B	A	A	B	A
99	B	A	A	D	B	A	A	A	B	A
100	B	B	A	A	C	B	B	B	A	A
101	B	B	A	A	C	B	B	B	A	A
102	B	A	B	C	A	B	B	B	A	A
103	B	B	B	C	B	B	B	B	A	A
104	B	B	B	C	B	B	B	B	A	A
105	B	B	B	C	B	B	B	B	A	A
106	B	C	B	C	B	B	A	B	B	A
107	B	B	B	C	B	B	A	B	C	A
108	B	B	B	C	B	B	B	B	A	A
109	B	B	B	C	B	B	B	B	A	A
110	A	B	A	C	C	B	C	C	B	A
111	B	B	B	C	B	B	B	A	B	A
TOTAL	111									
A	17	25	31	14	22	19	39	28	36	78
B	69	56	49	13	58	71	47	53	48	14
C	25	30	31	59	31	21	25	30	27	19
D	00	00	00	14	00	00	00	00	00	00
E	00	00	00	11	00	00	00	00	00	00
TOTAL	111									
	OK									