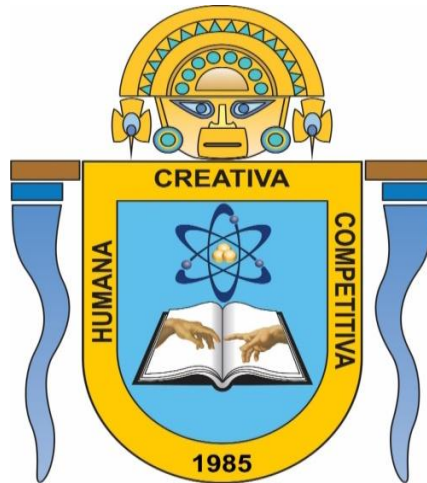


UNIVERSIDAD DE CHICLAYO
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD



TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN GERENCIA EN
SERVICIOS DE SALUD**

**DETERMINANTES DEL NIVEL DE CALIDAD Y COBERTURA DE
LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN LOS
ESTABLECIMIENTOS PERTENECIENTES A LA RED DE SALUD
LAMBAYEQUE DEL MINISTERIO DE SALUD - 2015.**

AUTORA:

LIC. PS. ISBI CLARIZA MARGARITA VILELA QUISPE

ASESORA:

DRA. MARIA SOFIA TAMAYO PALACIOS

LAMBAYEQUE- PERÚ

2018

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

DETERMINANTES DEL NIVEL DE CALIDAD Y COBERTURA DE LA ATENCIÓN
EN SALUD MENTAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS PERTENECIENTES A LA
RED DE SALUD LAMBAYEQUE DEL MINISTERIO DE SALUD - 2015.

Tesis presentada para obtener el Grado Académico de Magister en Gerencia en
Servicios de Salud.

LIC. PS. ISBI CLARIZA MARGARITA VILELA QUISPE
AUTORA

DRA. MARIA SOFIA TAMAYO PALACIOS
ASESORA

Aprobado por el siguiente jurado:

DRA. YANINA GARCIA PUICON
PRESIDENTA

Mg. SERGIO GUTIERREZ CARDENAS
SECRETARIO

Mg. ABEL CHAVARRY ISLA
VOCAL

2018

DEDICATORIA

DEDICATORIA

A Dios padre omnipotente y eterno
por la gracia de hacer realidad uno
de mis mayores anhelos.

Con inmenso amor a los seres especiales
que Dios me regalo: Percy y Nikol de
Jesús, por estar junto a mí en aquellos
momentos en que el estudio y el trabajo
ocuparon mi tiempo y esfuerzo, por ser
parte importante en el logro de mis metas,
por haber sido mi más grande apoyo y mi
fuente de motivación e inspiración.

A mis queridos padres; Lidia y
Maximandro por su amor y
comprensión, por guiarme en cada
instante de mi vida, y a quienes
espero retribuir todos sus
sacrificios.

A toda mi amada familia, y en especial a
mi hermana Zenovia, por su confianza y
apoyo recibido y por haber compartido las
aulas de la escuela de Posgrado, durante
el desarrollo de nuestra maestría.

ISBI CLARIZA

AGRADECIMIENTO

AGRADECIMIENTO

Este estudio de investigación y la realización de esta tesis me llevo cerca de dos años. Fue un trabajo de dedicación y exigió los esfuerzos aunados de muchas personas, deseando así agradecer especialmente a: A Dios, por ser mi principal guía, y por todo lo que me brinda cada día, porque sin Él no es posible nada y por Él es posible todo.

A mí asesora; Dra. María Sofia Tamayo Palacios, por aconsejarme y guiarme en este proceso, y sobre todo por su tiempo y su inestimable ayuda.

A todas las personas que de una u otra manera apoyaron en el desarrollo de la presente investigación pues creyeron en la importancia y el gran aporte que deja este estudio y que accedieron a participar en él.

ISBI CLARIZA

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El deterioro de la salud Mental es un problema social a nivel mundial, ya que hasta el día de hoy existen millones de personas que no tiene acceso a servicios de buena calidad, principalmente los usuarios pobres, analfabetos, o que viven en las zonas rurales; por lo que “Mejorar la Salud Mental” es de vital importancia, partiendo de la premisa que toda persona que lo precise debería tener acceso a los servicios básicos de salud mental. Este principio clave, identificado por la Organización Mundial de la Salud, requiere que los servicios de salud mental sean asequibles, equitativos, accesibles geográficamente, de una calidad adecuada y que estén debidamente disponibles. Cabe resaltar que los problemas psicosociales y la violencia intrafamiliar son un flagelo existente en nuestra sociedad, y muy en especial en nuestra región y sobre todo en nuestra provincia de Lambayeque, siendo primordial su estudio porque nos dará un panorama, para identificar los patrones de conducta psicoafectiva en el núcleo familiar y que pueden llegar a afectarla.

En los últimos años las prestaciones de salud que bajo el rótulo de atención en salud mental se han limitado a sólo atenciones en las que no se cumple con los estándares mínimos de calidad, con una pobre interacción entre el usuario - paciente, su familia y los trabajadores de salud han contribuido al desprestigio del control en salud mental, por eso los países hoy en día hacen los mayores esfuerzos para aumentar la cobertura y mejorar la calidad, mientras que la población lo demanda con mayor decisión.

Es menester manifestar que la búsqueda de la “calidad de la atención en salud mental” representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para nosotros los profesionales de la salud, particularmente en los puestos y centros de salud donde el compromiso personal para mejorar los estándares de atención a los usuarios está muchas veces supeditada a las políticas, carencia de recursos, bajos salarios y cultura personal e institucional.

Lograr que nuestros establecimientos de salud del sector público brinden una mejor calidad de atención en salud mental con menores índices de insatisfacción de los usuarios (caracterizados por trato descortés por parte del personal profesional así como por parte del personal técnico-administrativo, colas para efectuar engorrosos trámites administrativos así como desorientación de los usuarios y los prolongados tiempos de espera para recibir atención) es lo que nos inspira a abordar el problema desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo para evaluar el nivel de la calidad de la atención en salud mental en sus tres dimensiones.

Bajo este contexto, todos estos aspectos mencionados concisamente, se exponen de manera organizada en los siguientes capítulos en que se estructuró la investigación:

CAPÍTULO I, El **Problema de Investigación**, en el que se expone los antecedentes, el planteamiento del problema, en un contexto y espacio determinado, la formulación del mismo, justificación de la investigación; así como sus limitaciones, antecedentes y objetivos (generales y específicos).

CAPÍTULO II, El **Marco Teórico Científico**, referido a los fundamentos teóricos de la investigación mediante la presentación de las teorías y el marco conceptual que sustenta a las variables de estudio.

CAPÍTULO III, En el **Marco Metodológico de la Investigación**, se presenta la hipótesis y la definición conceptual y operacional de las variables, el tipo de estudio y diseño correspondiente, la población y muestra participante; así como los métodos, técnicas e instrumentos de investigación y métodos de análisis de datos que se emplearon en la misma.

CAPÍTULO IV, **Los Resultados de la Investigación**, donde se expone la descripción y discusión de resultados que justifican los logros obtenidos en la investigación que dieron cumplimiento a los objetivos de la misma y contrastación de la hipótesis asumida, a partir de la recolección de datos realizada.

De otro lado se exponen las conclusiones y recomendaciones planteadas y asumidas respectivamente en la investigación. Así también se presentan las referencias bibliográficas consultadas y utilizadas, además de los anexos elaborados y obtenidos en el trabajo investigativo, así como las evidencias del trabajo de campo.

LA AUTORA

RESUMEN

RESUMEN

La investigación denominada; Determinantes del Nivel de Calidad y Cobertura de la Atención en Salud Mental en los establecimientos pertenecientes a la Red de Salud Lambayeque del ministerio de salud - 2015, tuvo como **Objetivo:** Establecer la relación que existe entre los determinantes del Nivel de Calidad y la cobertura de la Atención en Salud Mental en los Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de Lambayeque: Centro de Salud Toribia Castro, Túcume, Jayanca, Salas, Motupe, Olmos y Cañaris – Ministerio de Salud - 2015. . La presente Investigación es de Tipo **Descriptiva – Correlacional**, cuya **Hipotesis** demuestra que existe un alto grado de relación entre los determinantes del Nivel de Calidad y la cobertura de la Atención en Salud Mental en los Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de Lambayeque: Centro de Salud Toribia Castro, Túcume, Jayanca, Salas, Motupe, Olmos y Cañaris – del Ministerio de Salud - 2015. En cuanto a los **Métodos y Procedimientos de la Recolección de Datos**, se utilizó la encuesta, la misma que fue dirigida a los usuarios de los diferentes establecimientos de salud, del mismo modo se empleó la guía de análisis. Dentro de los principales **Resultados** se **concluye** que: Posteriormente de haber aplicado la encuesta a los usuarios, 348 de ellos, indican sentirse Satisfechos con el Nivel de Calidad de atención en Salud Mental.

Palabras claves: Nivel de Calidad y Cobertura de la Atención en Salud Mental.

ABSTRACT

ABSTRACT

The research called; Determinants of the Level of Quality and Coverage of Mental Health Care in the establishments belonging to the Lambayeque Health Network of the Ministry of Health - 2015, had as Objective: To determine the relationship that exists between the determinants of the Quality Level and the coverage of the Mental Health Care in the establishments belonging to the Lambayeque Health Network: Toribia Castro Health Center, Túcume, Jayanca, Salas, Motupe, Olmos and Cañaris - Ministry of Health - 2015.. The type of Investigation that was used for this Investigation is of Descriptive - Correlational Type, whose hypothesis assumed that a high degree of relation exists between the determinants of the Level of Quality and the coverage of the Mental Health Care in the Establishments belonging to Lambayeque Health Network: Toribia Castro Health Center, Túcume, Jayanca, Salas, Motupe, Olmos and Cañaris - Ministry of Health - 2015.The Methods and Procedures of the Data Collection, which was used was the survey addressed to the users of the different health facilities, in the same way the analysis guide was used. Within the main results, it is concluded that, after having applied the survey to the users, 348 of them indicate that they feel Satisfied with the Quality Level of attention in Mental Health.

Keywords: Level of Quality and Coverage of Mental Health Care.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DETERMINANTES DEL NIVEL DE CALIDAD Y COBERTURA DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS PERTENECIENTES A LA RED DE SALUD LAMBAYEQUE DEL MINISTERIO DE SALUD - 2015.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	Iv
AGRADECIMIENTO	Vi
INTRODUCCIÓN	Viii
RESUMEN	Xii
ABSTRAC	Xiv
ÍNDICE	Xvi

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS ANTERIORES	20
1.1.1. A Nivel Internacional	20
1.1.2. A Nivel Nacional	23
1.2. REALIDAD PROBLEMÁTICA	24
1.2.1. Realidad Problemática	24
1.2.1.1. A Nivel Mundial	24
1.2.1.2. A Nivel Nacional	29
1.2.1.3. A Nivel Local	31
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	34
1.3.1. Problema General	34
1.3.2. Problemas Específicos	35
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	35
1.4.1. Justificación Científica	35
1.4.2. Justificación Social	36
1.5. OBJETIVOS	39
1.5.1. Objetivo General:	39
1.5.2. Objetivos Específicos	39

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO – CIENTÍFICO

2.1. MARCO REFERENCIA	41
2.1.1. Marco Teórico	41
2.1.1.1. Teoría de la Calidad según Edwards W. Deming:	41
2.1.1.2. Teoría de la Prevención en la Calidad Total según Philip B. Crosby:	46
2.1.1.3. Teoría del Control Total de la Calidad según Armad V. Feigenbaum:	48
2.1.1.4. Teoría de la Trilogía de la Calidad según Joseph M. Juran:	50
2.1.1.5. Teoría del Control de la Calidad según Kaoru Ishikawa	53
2.1.2. DETERMINANTES DEL NIVEL DE CALIDAD	56
2.1.2.1. ¿Qué es la calidad?	56
2.1.2.2. Dimensiones de la calidad	59
2.1.2.3. Calidad de los servicios en salud.	60
2.1.2.4. Dimensiones de la Calidad según la OPS.	64
2.1.2.5. Calidad en la Atención en Salud Mental.	65
2.1.2.6. Importancia de la Calidad de Atención en Salud Mental.	66
2.1.2.7. Cobertura de la Atención.	70
2.1.3. CONCEPTO DE COBERTURA	71
2.1.3.1. Cobertura y Profundidad o Alcance Prestacional	71
2.1.3.2. Situación general de la Cobertura de Servicios.	76
2.1.3.3. Cobertura de Atención en Salud en el Perú.	81
2.1.3.4. Salud Mental	88
2.1.3.4.1. Salud Mental y Derechos Humanos	89
2.2. MARCO CONCEPTUAL	91
2.3. HIPÓTESIS	93
2.3.1. Hipótesis General	93
2.3.2. Hipótesis Específicas	93
2.4. VARIABLES	94

2.4.1. Identificación de variables	94
2.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES	94
2.5.1. Definición Independiente	94
2.5.2. Definición Dependiente	94
2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	95

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	98
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y/O CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS	97
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	98
3.3.1. Población	98
3.3.2. Muestra	99
3.3.3. Técnica de Muestreo	99
3.4. MATERIALES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	100
3.4.1. Materiales	100
3.4.2. Técnicas	101
3.5. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS	103
3.5.1. Cuestionarios	103
3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS Y REPRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.	108

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	111
4.1.1. RESULTADOS	111

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS ANTERIORES

1.1.1. A Nivel Internacional

En San Salvador, en un estudio de investigación de tipo Diagnóstica, denominado; investigación diagnóstica sobre la situación actual de la salud mental desarrollada por el ministerio de salud de El Salvador en la Región Metropolitana de San Salvador, realizado en el periodo de marzo - octubre 2013.¹

El objetivo de este estudio fue diagnosticar la situación actual de la Salud Mental desarrollada por el Sistema de Salud Pública en El Salvador para presentar alternativas que fortalezcan a la misma, en cuyo estudio se trabajó con una población de 7,542 personas atendidas anualmente (dato de 2012) y una muestra de 377 personas, quienes representan el 5% del total de la población. En este estudio se concluye que; es posible que los avances en Salud Mental han sido escasos debido a que el trabajo se ha realizado principalmente, bajo una centralización de los servicios, donde la Salud Mental se ha desarrollado mayoritariamente en el tercer nivel de atención, es decir se enfoca más en la curación de las problemáticas y no en la prevención. Prueba de ellos es que la utilización del presupuesto asignado se usa prioritariamente para la compra de medicamentos.

En relación a lo anterior, la estrategia que ha utilizado el Ministerio de Salud (MINSAL) para mejorar los servicios, es la ampliación de estos en el primer nivel de atención, es decir el trabajo comunitario. Pero estos esfuerzos han sido insuficientes o poco adecuados debido, en primer lugar a que los recursos tanto humanos como materiales son mínimos, y en segundo lugar el trabajo no se desliga totalmente de un enfoque médico - biológico,

¹ Guzmán, A. y Romero. E. (2013) *Investigación diagnóstica sobre la situación actual de la Salud Mental desarrollada por el Ministerio de Salud de El Salvador en la Región Metropolitana de San Salvador, realizado en el periodo de marzo-octubre*, Universidad de El Salvador Facultad de Ciencias y Humanidades Departamento de Psicología.

una prueba de ello es que, en la metodología de trabajo, no se le permite a la persona solicitar voluntariamente los servicios de Salud Mental, sino que tiene que ser previamente evaluada por un médico y ser referida.

El trabajo realizado en las comunidades, no va enfocado a la promoción de la salud mental ni al abordaje de las necesidades psicosociales, ya que únicamente se remiten a la atención clínica que se ofrece en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), por lo tanto, las autoridades competentes, deben promover que el rol del psicólogo sea más activo en estas zonas de alto riesgo, y así concientizar a la población acerca del verdadero papel que juega el psicólogo como profesional de la salud mental y modificar posibles esquemas inadecuados.

En México, otro estudio de tipo Descriptivo, titulado; manejo médico, técnico legal de los trastornos mentales en la división de salud en el trabajo, cuyo objetivo fue conocer el manejo médico, técnico, legal de los trastornos mentales en la División de Salud en el Trabajo durante un periodo de 5 años comprendido entre los años 2008 – 2012.² Uno de los principales resultados señala que se obtuvo un total de 201 trabajadores con alguna enfermedad mental, 187 corresponden al ramo de Enfermedad General y 14 al de Riesgos de Trabajo. Como dictamen final de los 175 casos enviados como si inválidos, procedieron los 175 proyectos (100%), de los enviados como no inválidos con un total de 12 casos, 11 de ellos se avaló la no invalidez (5.47%) y 1 caso si fue inválido (.49%). Los casos de otorgamiento de Incapacidad permanente parcial (IPP), con un total de 14 casos, en 13 procedió su otorgamiento (6.5%) y 1 caso se negó la IPP (49%). En dicho estudio se concluye; los resultados encontrados en este estudio, se apegan a las cifras y estadísticas mundiales, no solo en cuanto a la prevalencia de las enfermedades mentales, sino también, en la discapacidad que estos trastornos confieren al individuo que las padece, finalizando la mayoría de los pacientes evaluados, ya sea por enfermedad general o riesgo de trabajo,

² Lagunas, K. (2014) *Manejo médico, técnico legal de los trastornos mentales en la división de salud en el trabajo* (Tesis de Especialidad) Universidad Veracruzana Instituto mexicano del seguro social dirección regional sur delegación regional Veracruz norte Unidad de Medicina Familiar N° 61, Veracruz-Mexico.

en el retiro de la actividad laboral. Esto es importante, ya que se debe prestar especial atención a este grupo de patologías por muchas razones, entre ellas, los días de incapacidad que generan previos a un retiro definitivo de la actividad laboral, los gastos que implica su tratamiento y el impacto social, ya que en este estudio estamos hablando de individuos trabajadores, sustento de una unidad familiar.

En Argentina ³, en un estudio de tipo Exploratorio – Descriptivo, denominado; Salud mental comunitaria en el marco de las políticas de salud mental de la Provincia de Buenos Aires, cuyo objetivo fue caracterizar la intervención del Centro de Salud Mental Comunitaria “La Casa de Ramos Mejía” en el marco de las políticas de salud mental de la Provincia de Buenos Aires, en este estudio se realizó la recolección de datos a través de observaciones participantes, entrevistas etnográficas a informantes claves y calificados, y notas del trabajo de campo.

En este estudio se concluye; no es novedoso decir que es necesario cambiar el modelo de atención de salud mental de la Provincia de Buenos Aires de manera de incrementar, reasignar –del hospital monovalente a la comunidad- y refuncionalizar recursos físicos, humanos y presupuestarios hacia una estrategia de Atención Primaria de la Salud. Hitos como la sanción de la Ley Nacional en Salud Mental y la adhesión provincial a esta brindan el andamiaje legislativo para sustentar el cambio de paradigma pero la red de servicios de salud mental de la Provincia de Buenos Aires no logra adecuarse a estos tiempos. Un ejemplo de esto es que, a ocho años de su creación y con la escasez de dispositivos de estas características –lo que produce que se sobrecarguen los pocos que existen- el Centro solo funcione hasta las 14hs por no contar con recursos humanos- profesionales y no profesionales debido a la concentración de estos en el hospital monovalente. Modificar esto posibilitaría, entre otras cosas, que el Centro pueda funcionar también durante la tarde, ampliando la oferta preventiva, asistencial –

³ Cohen, J. (2015) *La Casa de Ramos Mejía Salud mental comunitaria en el marco de las políticas de salud mental de la Provincia de Buenos Aires*. Argentina (Tesis de Maestría) Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina

ambulatoria- cerca de sus lugares de residencia a la población en general y a usuarios con padecimientos mentales que transitaron internaciones en hospitales monovalentes y además, acompañarlos en el proceso de inclusión social.

En Argentina ⁴, en un trabajo en base a una metodología cualitativa de investigación bibliográfica, denominado; hacia un modelo de servicios de salud mental que permita el desarrollo de la subjetividad de los usuarios de los servicios: *Propuesta de Modelo de Atención en Salud Mental para el Ecuador*, concluye; el equipo tiene la tarea de las más difíciles que es hacer que el usuario se acerque para el servicio, porque no se lo puede atender si está lejos. El tratamiento depende del vínculo, tiene que tratar de cerca. Eso exige alto entrenamiento y también mucha ayuda. De una manera general, eso no hace parte de la realidad de las personas que trabajan en salud mental en el Ecuador.

1.1.2. A Nivel Nacional

En Lima ⁵, en un estudio de investigación denominado; representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana, concluye; las concepciones en torno a la superación de la enfermedad mental van desde la integración a la dinámica familiar, pasando por la posibilidad de recuperar la productividad a un nivel recreativo y ocupacional, hasta llegar a una recuperación total.

Considerando el estigma de la enfermedad mental, los trabajadores refieren que el acceso a actividades productivas remuneradas resulta

⁴ DuBois, A. (2015) *Hacia un modelo de servicios de salud mental que permita el desarrollo de la subjetividad de los usuarios de los servicios: Propuesta de Modelo de Atención en Salud Mental para el Ecuador*. (Tesis de Maestría) Instituto Universitario de Salud Mental – IUSAM de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires ABdeBA, Ecuador.

⁵ Moll, S. (2009) *Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana*. (Tesis) Pontificia Universidad Católica del Perú Facultad de letras y Ciencias Humanas, Lima.

limitado, en gran medida por la ausencia de políticas laborales más incluyentes.

1.2. REALIDAD PROBLEMÁTICA:

1.2.1. Realidad problemática

1.2.1.1. A Nivel Mundial

A nivel mundial una de cada cuatro personas, es decir el 25% de la población, sufre en algún momento de la vida de al menos un trastorno mental. Actualmente hay 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo. Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial. Los trastornos con mayor peso son la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y la demencia. Esta carga cobra un elevado tributo en forma de sufrimiento, discapacidad y pérdidas económicas.⁶

Aunque los trastornos mentales afectan a personas de todos los grupos sociales y países, los pobres los sufren de forma desproporcionadamente mayor, así mismo los trastornos mentales entrañan evidentes costos económicos. Las personas enfermas y sus familiares o las personas que cuidan de ellos a menudo pierden productividad en el hogar y en el trabajo. Las pérdidas de ingresos, junto a la posibilidad de incurrir en enormes gastos de salud, pueden dejar maltrecha la economía de los pacientes y sus familiares, generando o agravando condiciones de pobreza.

Allí donde se han estudiado las repercusiones económicas de los trastornos mentales se han obtenido cifras abrumadoras. El conjunto más completo de estimaciones proviene de los Estados Unidos de América, donde la carga económica total se ha estimado en US\$ 148 000 millones anuales. Un considerable porcentaje de esos gastos totales puede atribuirse

⁶ Organización Mundial de la Salud –OMS (2002) ¿Porque urge actuar?... La alarmante carga de los trastornos mentales, Programa Mundial de Acción en Salud Mental mh GAP- Cerremos la brecha mejoremos la atención Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf

a la discapacidad laboral y a las pérdidas de productividad que de ella se derivan. Según esos cálculos, el costo total de los trastornos mentales se acercaba al 2,5% del producto nacional bruto estadounidense.⁶

Además, dado que la longevidad aumenta y las poblaciones envejecen, en las próximas décadas aumentará el número de afectados por trastornos mentales, así como la carga consiguiente, aun así en muchos países solo se invierte en los servicios de salud mental el 2% del total de los recursos destinados al sector de la salud.

El gasto anual promedio en salud mental a escala mundial sigue siendo inferior a US\$ 3 por habitante. En los países de ingresos bajos, el gasto anual puede llegar a ser de solo US\$ 0,25 por habitante, según el Informe del Proyecto Atlas de Salud Mental 2011 publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con ocasión del Día Mundial de la Salud Mental.

En el informe se constata también que la mayor parte de esos recursos a menudo se dedican a servicios destinados a relativamente pocas personas.

“Los gobiernos tienden a gastar la mayor parte de los escasos recursos destinados a la salud mental en la atención a largo plazo en hospitales psiquiátricos”, afirma Alwan, A. (2011) Subdirector General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. “Hoy día, casi el 70% de los gastos en salud mental se destinan a las instituciones psiquiátricas. Si los países gastaran más en el nivel de la atención primaria, tendrían a su alcance a más personas y empezarían a corregir los problemas suficientemente pronto para disminuir la necesidad de proporcionar una atención mucho más costosa en los hospitales.”⁶

En el Informe Atlas se ponen de relieve otros desequilibrios. Los servicios de salud mental que funcionan bien tratan igualmente de

proporcionar a los pacientes tanto medicamentos como atención psicosocial. Sin embargo, en los países de menores ingresos la escasez de recursos y competencias a menudo lleva a que los pacientes sean tratados únicamente con medicamentos. La falta de atención psicosocial disminuye la eficacia del tratamiento.

Por otra parte, muchas personas carecen por completo de acceso a los servicios de salud mental. En el grupo de países de ingresos bajos y medianos, más de las tres cuartas partes de las personas que requieren atención de salud mental ni siquiera reciben los servicios más básicos.

“Casi la mitad de la población del mundo habita en países donde, en promedio, se dispone de un psiquiatra (o menos) por cada 200 000 personas», afirma Saxena, S. (2011), Director de Salud Mental y Abuso de Sustancias, de la OMS. “En muchos países de ingresos bajos hay menos de un especialista en salud mental por cada millón de habitantes.”⁶

En 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó un Programa De Acción Para Superar Las Brecha En Salud Mental (mhGAP) con el fin de prestar asistencia a los países en la ampliación de los servicios que se ocupan de los trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias. El programa proporciona conocimientos y aptitudes a prestadores de atención primaria de salud tales como médicos generalistas, enfermeras y agentes de salud en el diagnóstico y el tratamiento de esos trastornos.

Desde entonces, algunos países, con asistencia de la OMS, han realizado progresos importantes en la ampliación de sus servicios. Entre ellos, los siguientes:

- Etiopía y Nigeria han empezado a capacitar al personal de atención primaria de salud para que diagnostiquen y traten una serie de trastornos mentales prioritarios. Los ministerios de salud de ambos países se han

comprometido a proporcionar apoyo al programa para que su impacto sea duradero.

- China ha ampliado su programa para proporcionar atención a los pacientes con epilepsia hasta en 19 provincias, sobre la base de los buenos resultados obtenidos en un número reducido de experiencias piloto. Más de 40 millones de personas están ahora al amparo de ese programa.
- Jordania está realizando progresos con un programa destinado a los trastornos mentales prioritarios.
- Panamá ha iniciado la capacitación sistemática de sus prestadores de atención primaria.

Algunos países en desarrollo de gran tamaño tales como el Brasil, la India y Tailandia también están progresando rápidamente en la ampliación de sus programas nacionales de salud.⁷

Así mismo los problemas de salud mental y los trastornos mentales tienen también una serie de consecuencias sobre la evolución y el desenlace de afecciones crónicas asociadas, como el cáncer, las cardiopatías coronarias, la diabetes o el VIH/SIDA. Numerosos estudios han revelado que las personas con trastornos mentales no tratados son más propensas a observar una conducta negligente en relación con su salud, incumplir el tratamiento médico que tienen prescrito, padecer disfunciones del sistema inmunitario y sufrir una evolución negativa de su enfermedad. Se ha demostrado, por ejemplo, que los pacientes afectados de depresión tienen tres veces más probabilidades de contravenir las prescripciones médicas que los no afectados, y que la depresión es un factor predictivo de la incidencia de cardiopatías.

⁷ Organización Mundial de la Salud – OMS (2011, 07 Octubre), *La OMS pone de relieve la falta de inversión en atención de salud mental a escala mundial*. Ginebra: Centro de Prensa OMS- Notas para los Medios de Información. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/mental_health_20111007/es/

Por otro lado, los problemas de salud mental, evidencian el sufrimiento, la discapacidad y las pérdidas económicas, que no desaparecerán mientras los enfermos sigan marcados por el estigma. En todo el mundo, muchas personas con trastornos mentales son víctimas de discriminación por el simple motivo de padecer esos trastornos. Con frecuencia tienen dificultades para conseguir vivienda, empleo u otros servicios que forman parte de la vida normal en la sociedad, lo que a veces provoca la agudización de sus síntomas. De ahí que a menudo vacilen en recurrir a especialistas para tratar sus problemas y opten, en cambio, por sufrir solos y en silencio. La información equívoca sobre los trastornos mentales, por ejemplo la idea de que esos enfermos suelen ser violentos o víctimas de algún tipo de maleficio, o de que esas dolencias son incurables, no hacen más que perpetuar el estigma y la discriminación. La falta de acceso a terapias eficaces y el internamiento de esas personas en centros psiquiátricos aislados, dan pábulo a ese tipo de prejuicios. En los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental se establece que no habrá discriminación por motivo de enfermedad mental, que todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido en la comunidad en la que vive y a recibir el tratamiento menos restrictivo posible. La aplicación de esos principios, sin embargo, dista mucho de ser perfecta en buena parte del mundo.⁸

Aunque en teoría exista la posibilidad de hacer frente con éxito a los trastornos mentales, en la práctica sólo se dispensa tratamiento, aun del tipo más básico, a una minoría de quienes lo necesitan. Un reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los recursos de los países en el ámbito de la salud mental (Proyecto ATLAS, 2000- 2001), ha reunido información sobre 185 países (96,9% de los Estados Miembros) que comprenden, en conjunto, al 99,3% de la población mundial. Los análisis de esos datos han puesto de manifiesto que:

⁸ Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública SCIELO (2006, Octubre/ Diciembre), Editorial Salud mental: Un problema de Salud Pública en el Perú, Mental health: a public health problem in Perú, 23 (4) pp 237, Lima. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/363/36323401.pdf>

- El 41% de los países no tiene definida una política de salud mental.
- El 25% carece de legislación en la materia.
- El 28% no dispone de un presupuesto independiente para salud mental. (Entre los países que informaron tenerlo, el 36% destina a esta área menos del 1% de su presupuesto total de salud).
- El 37% carece de establecimientos de atención comunitaria salud mental.
- En más del 25% de los países, los centros de atención primaria no tienen acceso a medicamentos psiquiátricos esenciales.
- En más del 27% no hay ningún sistema para recoger y comunicar información relativa a la salud mental.
- Alrededor del 65% de las camas destinadas a la atención de salud mental se encuentra en hospitales psiquiátricos autónomos.
- El 70% de la población mundial dispone de menos de un psiquiatra por cada 100 000 personas.

Con frecuencia, los recursos para la salud mental ofrecen un estado desolador. Los recursos y servicios con frecuencia representan una décima o incluso una centésima parte de los necesarios.

Un análisis más detallado de los datos, sin embargo, revela que, afortunadamente, los países están empezando a actuar. Muchos de ellos han elaborado políticas y medidas legislativas en los últimos cinco años. En todas las regiones hay organizaciones no-gubernamentales (ONGs) y grupos de usuarios y familiares que empiezan a movilizarse. La labor sistemática de gobiernos y organismos internacionales como la OMS puede canalizar este nuevo caudal de energía a fin de lograr que la situación de la salud mental mejore en todo el mundo.⁸

1.2.1.2. Nivel Nacional

Las enfermedades mentales y los trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) son frecuentes. Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el instituto especializado

de salud mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la selva de 21,4%. La depresión y otras enfermedades mentales no atendidas, así como el alto nivel de sentimientos negativos dan como resultado que en un mes 1 % de las personas de Lima metropolitana, 0,7% en la sierra y 0,6% en la selva presenten intentos suicidas. (Instituto especializado de salud mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi 2010).⁸

La violencia contra mujeres y niñas es uno de los indicadores de cuan desatendida esta la salud mental en el Perú. En el reciente estudio metacéntrico de OMS, que se llevó a cabo en diez países, con 12 lugares estudiados, se encontró que las mujeres cuzqueñas eran las segundas más violentadas del mundo, después de las de Etiopía. Podemos argumentar algunas razones culturales, enraizadas en la compleja experiencia del mestizaje y el patriarcalismo, pero no podemos pasar por alto que la incapacidad de considerar a la otra persona como igual y por tanto, merecedora de buen trato y respeto, es un reflejo de la falta de salud mental.

A su vez la exposición a la violencia es un factor de riesgo para enfermedades mentales: casi 50% de la población ayacuchana, sometida a la violencia política, tiene riesgo de presentar enfermedades mentales, tales como la depresión o el trastorno de estrés postraumático. Esto se traduce en mayores tasas de abuso de alcohol y de violencia callejera y doméstica, que impiden que las familias y las comunidades se reorganicen una vez cesado el conflicto armado.

Las enfermedades mentales son causa de gran sufrimiento personal para quienes las padecen y para las personas de su entorno. En un país donde la atención psiquiátrica no está disponible en varias regiones y donde los seguros privados no están obligados por ley a cubrir tales atenciones, la enfermedad mental empobrece rápidamente a la familia. Por

otro lado, la falta de un sistema de atención y rehabilitación con base en la comunidad, obliga a que pacientes con síntomas graves, que dificultan significativamente la interacción familiar, deban vivir y permanecer todo el día en sus casas, el resultado es el rechazo familiar, la discriminación y exclusión del enfermo y del familiar que lo cuida, con graves consecuencias para la salud mental del cuidador.⁸

Del mismo modo, las enfermedades mentales son causa de discapacidad y por tanto, de empobrecimiento y detención del desarrollo. Las mujeres jóvenes deprimidas, por ejemplo, alcanzaron, en un estudio realizado en Norteamérica, un menor nivel de ingresos y un nivel académico inferior en comparación con mujeres jóvenes que no habían tenido depresión.

La complejidad multifacética del sistema nervioso central es tal que se puede aceptar que es el sustrato de toda la vida mental y de la conducta humana. Partiendo del reconocimiento que todas las experiencias psicológicas son finalmente codificadas en el cerebro, y que todos los fenómenos psicológicos representan procesos biológicos, la moderna neurociencia de la mente ofrece un entendimiento enriquecido de la inseparabilidad de la experiencia humana, el cerebro y la mente.

Por lo tanto, las repercusiones de la exposición a la pobreza, la violencia, la frustración se traducen en alteraciones del sistema nervioso central. Las manifestaciones de estas modificaciones, que son las enfermedades mentales deben ser atendidas prioritariamente, con una perspectiva de salud pública, equidad y derechos humanos, pues su alta prevalencia y su impacto individual y colectivo hacen de los trastornos mentales un verdadero problema de salud pública en el Perú.

1.2.1.3. A Nivel Local

La salud mental en nuestra región es la cuarta prioridad regional, debido a este parámetro la situación de Salud Mental merece

especial atención, aun así es un tema escasamente trabajado y que muestra en su problemática la importancia de abordarla, promoverla y atenderla,⁹ ya que desde el año 2009 a la actualidad en la región Lambayeque van en aumento los problemas de salud mental como son: la violencia intrafamiliar, trastornos del estado de ánimo (Ansiedad y Depresión); hallándose primordialmente un aumento de 133.6% en la prevalencia de consumo de drogas ilegales (marihuana) entre el año 2007 y 2009, en la población estudiantil lambayecana del 1° al 5° año de educación secundaria de las diferentes instituciones educativas estatales y particulares¹⁰, ante esta problemática, en el año 2011, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA implementó el Programa Institucional de Prevención y Tratamiento del Consumo de drogas (PIT -2011) firmando un convenio con la Gerencia Regional de Salud y Gerencia Regional de Educación, para realizar la contratación de profesionales psicólogos encargados de realizar actividades dirigidas a fomentar y promover capacidades para prevenir el consumo de drogas, y de esta manera disminuir los índices de adicciones a drogas en los estudiantes de la región.

Cabe mencionar, que en el año 2011, la Gerencia Regional de Salud, a cargo del Dr. Francisco Uriarte Núñez, en trabajo conjunto con la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas a cargo del Dr. Percy Díaz Morón; y remarcando el apoyo de DEVIDA, inauguraron la construcción de 02 módulos de Atención en Adicciones de Drogas: Centro de Salud de Pimentel y Centro de Salud Jayanca; así mismo se logró el acondicionamiento de infraestructuras para este mismo fin, en el Hospital Referencial de Ferreñafe y Centro de Salud Pueblo Nuevo, en la provincia de Ferreñafe; en los establecimientos de salud Toribia Castro y Motupe de la

⁹ Perú. Gobierno Regional de Lambayeque. Consejo Regional de Salud, Perú. Ministerio de Salud - MINSA. Dirección Regional de Salud Lambayeque (2006, abril), Objetivos Estratégicos, Metas y prioridades Sanitarias, Para vivir mejor. Plan participativo regional de salud 2005 - 2010 Lambayeque. Recuperado de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/02cns/web/consejos/PRC_Lambayeque.pdf

¹⁰ Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, Gerencia de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas DEVIDA (2007) III Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en estudiantes de Secundaria 2009, Resultados Nacionales Perú, pp. 89 Recuperado de <http://svc.summit-americas.org/sites/default/files/PROGRAMA%20DEVIDA%20-%20PER%C3%9A.pdf>

provincia de Lambayeque; además de José Leonardo Ortiz, Cayaltí y el Bosque en la provincia de Chiclayo.

Con relación a los recursos humanos se aprecian que estos son escasos y que se encuentran formados bajo modelos asistencialistas descuidando enfoques de atención integral comunitaria, aunque el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud basado en Familia y Comunidad, pone énfasis en realizar el trabajo y desarrollo de las actividades con un enfoque en la comunidad.¹⁰

La Gerencia Regional de Salud (GERESA) / Lambayeque cuenta tan solo con tres profesionales psiquiatras en la región, a nivel de MINSA, y psicólogos distribuidos de la siguiente manera:

- En el II Nivel de Atención:
 - 02 en el Hospital Regional De Las Mercedes,
 - 1 profesional en el Hospital Belén,
 - 2 profesionales en el Hospital Referencial de Ferreñafe.

- En el I Nivel de Atención:
 - Red Chiclayo: 35 psicólogos (26 SERUMS entre remunerados y equivalentes, y 9 contratados).
 - Red Ferreñafe: 4 psicólogos (1 SERUMS equivalente, 3 contratados).
 - Red Lambayeque: 14 psicólogos (5 SERUMS remunerados, 3 equivalentes, y 6 contratados). (FUENTE Oficina de Recursos Humanos – GERSA - Lambayeque)

Entonces, dichos datos recogidos evidencian la escasez de recursos humanos especialistas en el área de la salud mental (psicólogos y psiquiatras), en los establecimientos de salud, siendo la Estrategia Sanitaria coordinada por mayor cantidad de personal perteneciente a diversos grupos ocupacionales (médicos, enfermeras, obstetrices y técnicos en enfermería) que evidencian en cierta parte escaso compromiso y poco involucramiento con el trabajo realizado en Salud Mental, esto debido tal vez al

desconocimiento en cuanto el abordaje y la multiplicidad de funciones que realizan en sus establecimientos de salud, todo ello conlleva que existan diversas limitaciones, en cuanto a la recopilación de datos veraces, adecuado abordaje, calidad en la atención de pacientes con problemas y/o trastornos de salud mental, cobertura de atención, y realización de investigaciones en temas de Salud Mental.

Por otro lado en cierto índice de la población, aún prevalecen mitos, tabúes, prejuicios, creencias irracionales, y estigmas que distorsionan la percepción de la Salud Mental, denotándose con mayor afluencia en las zonas alto andinas de nuestra región.¹⁰

Ante esta problemática es necesario contar con un equipo de profesionales especialistas en Salud Mental, incrementando de esta manera la cobertura y la calidad de atención, siendo necesario remarcar que para poder cumplir con real éxito, el plan trazado en el 2011, es fundamental la voluntad política y el presupuesto suficiente para lograr la viabilidad del mismo que aboga por un enfoque proactivo en cuanto a la promoción de Salud Mental y la posibilidad de fortalecer y promover los recursos de resiliencia en comunidades que construyan redes de sostén, así como exigir que los establecimientos de salud, entidades públicas y privadas se transformen en espacios protectores y reparadores de la Salud o Salud Integral.

Esta problemática advertida desde un contexto macro a un contexto local, me ha permitido formular el problema de la siguiente manera:

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema General:

¿CUÁL ES EL NIVEL DE RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LOS DETERMINANTES DEL NIVEL DE CALIDAD Y LA COBERTURA DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS

PERTENECIENTES A LA RED DE SALUD LAMBAYEQUE DEL MINISTERIO DE SALUD 2015?

1.3.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuál es el nivel de Calidad de la Atención en Salud Mental, en cuanto a la dimensión Técnico-científica, en los Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de Lambayeque - MINSA- 2015?
- ¿Cuál es el nivel de Calidad de la Atención en Salud Mental, con respecto a la dimensión Humana, en los Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de Lambayeque, - MINSA - 2015?
- ¿Cuál es el nivel de Calidad de la Atención en Salud Mental, en cuanto a la dimensión del Entorno, en los Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de Lambayeque- MINSA- 2015?

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Justificación Científica.

Conocedores que el deterioro de la salud Mental es un problema social que va en aumento a nivel mundial, nacional y regional, ya que hasta el día de hoy existen millones de personas que no tienen acceso a servicios de buena calidad, principalmente los usuarios pobres, analfabetos, o que viven en las zonas rurales; motivo por el cual “Mejorar la Salud Mental” es de vital importancia, partiendo de la premisa que toda persona que lo precise debería tener acceso a los servicios básicos de salud mental, este principio clave, identificado por la Organización Mundial de la Salud, requiere que los servicios de salud mental sean asequibles, equitativos, accesibles geográficamente, de una calidad adecuada y que estén debidamente disponibles.

En los últimos años, a nivel local, las prestaciones de salud que bajo el rótulo de atención en salud mental se han limitado a sólo atenciones en las que no se cumple con los estándares mínimos de calidad, con una pobre

interacción entre el usuario - paciente, su familia, los trabajadores de salud y la insensibilidad de las autoridades han contribuido al desprestigio del control en salud mental, por eso ciertos países hoy en día hacen los mayores esfuerzos para aumentar la cobertura y mejorar la calidad, mientras que la población lo demanda con mayor decisión.

1.4.2. Justificación Social.

Es menester manifestar que la búsqueda de la “calidad de la atención en salud mental” representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para nosotros los profesionales de la salud, particularmente en los puestos y centros de salud donde el compromiso personal para mejorar los estándares de atención a los usuarios está muchas veces supeditada a las políticas, carencia de recursos, bajos salarios y cultura personal e institucional, lograr que nuestros establecimientos de salud del sector público brinden una mejor calidad de atención en salud mental con menores índices de insatisfacción de los usuarios (caracterizados por trato descortés por parte del personal profesional así como por parte del personal técnico-administrativo, colas para efectuar engorrosos trámites administrativos así como desorientación de los usuarios y los prolongados tiempos de espera para recibir atención) es lo que nos inspira a abordar el problema desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo para evaluar el nivel de la calidad de la atención en salud mental en sus tres dimensiones: Determinar la dimensión Técnico-científica (Competencia Profesional, eficacia, eficiencia, continuidad, y seguridad), la dimensión Humana (Accesibilidad, satisfacción del cliente), y dimensión del Entorno (Comodidad).

En un contexto donde los recursos son inadecuados y la salud mental está emergiendo como una nueva prioridad, la preocupación por la calidad puede parecer prematura o incluso un lujo, puede parecer más un tema de los sistemas bien organizados y con recursos adecuados, que de los sistemas que están en proceso de constitución, siendo la calidad importante para todos los sistemas de salud mental desde una variedad de perspectivas, desde la perspectiva de la persona con un trastorno mental, la

calidad asegura que ésta reciba los cuidados que precise y que sus síntomas y su calidad de vida mejoren, desde la perspectiva de un familiar, la calidad proporciona apoyo y ayuda a preservar la integridad familiar, desde la perspectiva del proveedor de servicios o administrador de programas, la calidad asegura efectividad y eficiencia, desde la perspectiva del gestor de políticas, la calidad es la clave para mejorar la salud mental de la población, asegurando los resultados más rentables, éstos son los requisitos esenciales para cualquier servicio de salud mental, tanto si el servicio está dando sus primeros pasos con unos recursos mínimos, como si se trata de un servicio sólidamente establecido y con abundantes recursos. La calidad del servicio es importante no sólo para modificar las negligencias del pasado, como fueron los abusos de los derechos humanos en las instituciones psiquiátricas, sino también para asegurar el desarrollo de unos cuidados efectivos y eficientes en el futuro, cimentar la calidad de los servicios de salud mental, incluso en situaciones de servicios escasos, proporciona una base firme para el futuro desarrollo de esos servicios.

Además dicho estudio fue de vital importancia pues nos muestra un enfoque integral de la situación real con respecto al nivel de calidad de la atención en salud mental que se brinda en los establecimientos de salud, y de esta manera tomar medidas correctivas para fomentar una adecuada salud mental en la población en general, desde esta perspectiva es el estado, a través de sus gobiernos locales, quienes deberán promover condiciones favorables a través de planes de políticas de desarrollo que estén encaminadas a la formulación, presentación e implementación de propuestas de programas de intervención que puedan sensibilizar y concientizar a la población y al personal que brinda servicios en salud mental.

Razón por la cual uno de los fundamentos teóricos en que se basa el presente proyecto es constituir una línea de base de los niveles de la calidad en la atención en salud mental, en los establecimientos de salud, para identificar limitantes e intervenirlos, posteriormente a través de la

presentación de propuestas que puedan beneficiar a la mejora de la salud mental de la población, ya que básicamente, el estado de salud mental de un individuo se constituye en el aspecto fundamental para predecir el comportamiento y la eficacia, en el desempeño de cada una de las áreas de relación que constituyen al ser humano.

Es así que; por todo aquello anteriormente expuesto se propuso desarrollar el presente trabajo de investigación con la finalidad de analizar los determinantes del nivel de calidad de atención a los pacientes con problemas y/o trastornos de salud mental con mayor prevalencia en la región tales como la violencia familiar, depresión, ansiedad y psicosis, así mismo también analizaremos la cobertura de la atención en salud mental en los establecimientos de salud del I primer nivel de atención de la Red de servicios de Salud Lambayeque, del MINSA, con la finalidad de poseer un sustento que pueda conllevar a disminuir la brecha de recursos humanos psicólogos y poder contar con un equipo de profesionales especialistas en Salud Mental, incrementando de esta manera la cobertura y la calidad de atención, siendo necesario remarcar que para poder cumplir con real éxito dichos objetivos, es fundamental la voluntad política y el presupuesto suficiente para lograr la viabilidad del mismo que aboga por un enfoque proactivo en cuanto a la promoción de Salud Mental y la posibilidad de fortalecer y promover los recursos de resiliencia en comunidades que construyan redes de sostén, así como exigir que los establecimientos de salud, entidades públicas y privadas se transformen en espacios protectores y reparadores de la Salud Integral.

Confío sin duda alguna que el presente estudio enmarcado en la necesidad de evaluar la calidad de la atención en salud mental a fin de mejorar la atención en salud de los usuarios, logrará aportar evidencias firmes a los establecimientos, brinde pautas fehacientes y datos relevantes para el cumplimiento por parte del personal de salud de las normas técnicas y estándares de calidad de las funciones en salud mental; satisfacción de los usuarios de los servicios e implementación de políticas y estrategias

sectoriales por parte de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque para tal fin.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.5.1. Objetivo General

Correlacionar los determinantes del Nivel de Calidad y la cobertura de la Atención en Salud Mental de los Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud Lambayeque: Centro de Salud Toribia Castro, Túcume, Jayanca, Salas, Motupe, Olmos y Cañaris – Ministerio De Salud - 2015.

1.5.2. Objetivos Específicos:

- Identificar la relación de las determinantes en el nivel de calidad en su dimensión Técnico-científica (Competencia Profesional, eficacia, eficiencia, continuidad, y seguridad); con la cobertura en la Atención de Salud Mental, en los Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de Lambayeque - MINSA- 2015.
- Establecer la relación de las determinantes en el nivel de Calidad en su dimensión Humana (Accesibilidad, satisfacción del cliente), con la cobertura en la atención de Salud Mental en los Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de Lambayeque - MINSA- 2015.
- Reconocer la relación de la determinante en el nivel de Calidad de la dimensión del Entorno (Comodidad), con la cobertura en la atención de salud mental en los Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de Lambayeque - MINSA- 2015.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO - CIENTICO

2.1. MARCO DE REFERENCIA.

2.1.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1.1. Teoría de la Calidad según Edwards W. Deming:

Con su teoría este autor revolucionó la gestión en las empresas de fabricación y de servicios al insistir en que la alta dirección es responsable de la mejora continua de la calidad; conocido internacionalmente como consultor, cuyos trabajos introdujeron en la industria japonesa los nuevos principios de la gestión y revolucionaron su calidad y productividad. En agradecimiento a su contribución a la economía japonesa, la Unión de Ciencia e Ingeniería Japonesa (JUSE) instituyó el Premio Anual Deming para las aportaciones a la calidad y fiabilidad de los productos.

Sus aportaciones revolucionaron el estilo de dirección americano y su participación en un programa de televisión que se llamó "Si Japón puede, porque nosotros no". Y sus seminarios atrajeron la atención de todos los directivos de empresas.

Dentro de los catorce puntos para la gestión de la calidad de Deming refiere que estos puntos sirven en cualquier parte, tanto en las pequeñas organizaciones como en las más grandes, en las empresas de servicios y en las dedicadas a la fabricación, sirven para un departamento o para toda la compañía. Las teorías de Deming se obtienen de observaciones directas, de ahí la certeza de su conocimiento. Deming propuso:

1. Crear constancia en el propósito de mejorar el producto y el servicio: Las empresas actualmente presentan dos tipos de problemas: Los Problemas de Hoy, son los que resultan al querer mantener la calidad

del producto que se fabrica, la regulación de la producción, el presupuesto, las ventas, la atención al cliente y el servicio.¹¹

Los Problemas del Futuro, son la constancia en el propósito y dedicación para mejorar y ser competitivos, generar empleo. Para todos estos problemas la empresa debe tener presente lo siguiente:

Innovar: la dirección debe tener fe de que habrá un futuro y pensar y actuar acerca de:

- Los nuevos servicios y productos,
- Los materiales,
- El proceso de producción,
- Las nuevas habilidades necesarias,
- La formación del personal,
- Los costos de producción,
- Los costos de mercadeo,
- Los costos del servicio.

2. Adoptar la nueva filosofía:

El mercado globalizado actual no permite que las empresas no sean competitivas, no se puede tolerar que los productos tengan niveles corrientes aceptando errores, defectos, materiales no adecuados, personal que no esté comprometido con su trabajo, que tienen daños en la manipulación, a transportes con retrasos o cancelados porque el conductor no apareció.

3. Dejar de depender de la inspección en masa para lograr calidad: Cuando la inspección o supervisión rutinaria es del 100% de la producción es porque se está aceptando la posibilidad de los defectos,

¹¹ Rojas Ramos, Daniel (2013) Teorías de calidad. Orígenes y tendencias de la calidad total – Gestión de la Calidad. Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/teorias-de-la-calidad-origenes-y-tendencias-de-la-calidad-total/>

esta es costosa e ineficiente. La calidad no se hace con la supervisión se hace mejorando el proceso de producción, ya que la supervisión, los desechos y el reproceso son acciones correctoras del proceso.¹¹

4. Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base del precio solamente:

En vez de ello minimizar los costos totales trabajando con un solo proveedor. La nueva tarea del departamento de compras es ahora conocer a sus proveedores, sus productos y calidades, es necesario no sólo que los materiales y componentes sean excelentes cada uno por separado y en el momento de estar juntos, en el proceso de producción y para obtener un producto final con calidad óptima. Para esto es necesario de compras haga el seguimiento del material en todo el proceso aún hasta el cliente. Pero no basta sólo con que los materiales sean perfectos deben también ceñirse a las especificaciones y requisiciones exactas para el producto.

5. Mejorar constante y continuamente todos los procesos de planificación, producción y servicio:

Cada producto debería ser considerado como si fuese el único; sólo hay una oportunidad de lograr el éxito óptimo. La calidad debe incorporarse desde el diseño, desde el inicio debe haber mejora continua.

6. Implantar la formación en el trabajo:

La dirección necesita formación para aprender todo lo relacionado con la compañía, desde los materiales en recepción hasta el cliente.

7. Adoptar e implantar el liderazgo:

La labor de la dirección no consiste en supervisar, sino en el liderazgo. La dirección debe trabajar en las fuentes de mejora, la idea de la calidad del producto y del servicio, y en la traducción desde la idea al diseño y al producto real.

8. Desechar el miedo:

Nadie puede dar lo mejor de sí a menos que se sienta seguro. Seguro significa sin miedo, no tener miedo de expresar las ideas, no tener miedo de hacer preguntas. Existe una resistencia generalizada al saber. Todas las tecnologías nuevas y avances crean un temor y una resistencia en las personas, es un miedo a lo desconocido, pero poco a poco con su conocimiento este miedo desaparece.

9. Derribar las barreras entre las áreas de staff:

Al derribar las barreras se consigue un trabajo en equipo, el cual es necesario en todas las compañías y hace que una persona compense con su fuerza la debilidad de otra y que entre todo el equipo se resuelvan los problemas.

10. Eliminar los slogans, exhortaciones y metas para la mano de obra:

La mayoría de estos avisos no están dirigidos a las personas adecuadas, se desvía el mensaje y puede crear reacción en las personas a quien no va dirigido. No deben ser sólo para los operarios de producción, ya que para lograr los cero defectos depende de todo el sistema, es decir de toda la organización.

Las exhortaciones y los carteles generan frustración y resentimiento y crea la sensación de que la dirección no es consciente de las barreras que existen.

El efecto inmediato de una campaña de carteles, exhortaciones y promesas puede ser una mejora efímera de la calidad y productividad, debido al efecto de eliminar algunas causas especiales obvias. Con el tiempo, la mejora se detiene o incluso se invierte. Al final, se reconoce que la campaña ha sido un engaño. La dirección tiene que aprender que la responsabilidad de mejorar el sistema es suya, en cada momento.¹¹

11. Eliminar los cupos numéricos para la mano de obra y los objetivos numéricos para la dirección:

Los estándares de trabajo, los índices, los incentivos y el trabajo a destajo son manifestaciones de la incapacidad de comprender y proporcionar una supervisión adecuada.

Eliminar los objetivos numéricos para los directivos: los objetivos internos establecidos en la dirección de una compañía, sin un método, son burlescos. Si se tiene un sistema estable, no tiene sentido especificar un objetivo. Se obtiene lo que el sistema dé. No se puede alcanzar un objetivo que esté por encima de la capacidad del sistema.

12. Eliminar las barreras que privan a las personas de sentirse orgullosas de su trabajo. Eliminar la calificación anual o el sistema de méritos:

Las barreras como la calificación anual de su trabajo, o la calificación por méritos deben eliminarse para las personas de dirección y para los operarios de salarios fijos.

La rotación de personal aumenta al aumentar el número de artículos defectuosos y la rotación disminuye cuando los empleados tienen claro que la dirección está mejorando el proceso.

La persona que se siente importante en un trabajo hará todos los esfuerzos posibles para quedarse en el trabajo, se sentirá importante si se siente orgulloso de su trabajo y a la vez hace parte del sistema.

13. Estimular la educación y auto mejora de todo el mundo.

Las organizaciones no sólo necesitan gente buena sino gente que se prepare y actualice permanentemente. Hay un miedo extendido al saber, pero la competitividad está en el saber.

La dirección tiene que aprender, las personas necesitan oportunidades cada vez mayores para añadir y aportar algo ya sea material o espiritual a la sociedad. ¹¹

14. Poner a trabajar a todas las personas de la empresa para conseguir la transformación:

Un Director debe estar de acuerdo en sacar adelante la nueva filosofía "La Calidad", romper con los antiguos esquemas, y deben explicar por medio de seminarios, capacitaciones a todo el personal por qué es necesario el cambio y su papel o función dentro de este.

Cualquier actividad, cualquier trabajo, hace parte del proceso, debe comenzarse lo más pronto posible, con rapidez. Además todo el mundo puede formar parte de un equipo, el objetivo del equipo es mejorar las entradas y salidas de cualquier etapa, puede conformarse con personas de diferentes áreas de staff. ¹¹

2.1.1.2. Teoría de la Prevención en la Calidad Total según Philip

B. Crosby:

Puntualiza que la calidad es entregar a los clientes y a los compañeros de trabajos, productos y servicios sin defectos y hacerlo a tiempo.

El autor en su teoría implementa la palabra de la Prevención como una palabra clave en la definición de la calidad total. Ya que el paradigma que Crosby quiere eliminar es el de que la calidad se da por medio de inspección, de pruebas, y de revisiones. Esto nos originaría pérdidas tanto de tiempo como de materiales, ya que con la mentalidad de inspección esto está preparando al personal a fallar, así que "hay que prevenir y no corregir". Crosby propone 4 pilares que debe incluir un programa corporativo de la calidad, los cuales son: ¹²

¹² Dereck, A. (2008) Administración de la Calidad. Manual de Administración de la Calidad. Editorial: PANORAMA Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1MZVUKA53GUJ:ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001%255CFile%255CART_culo_V_Administraci_n_de_la_Calidad.doc+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pe

1. Participación y actitud de la administración.

La administración debe comenzar tomando la actitud que desea implementar en la organización, ya que como se dice, “las escaleras se barren de arriba hacia abajo” y si el personal no ve que todos los niveles tienen la misma responsabilidad en cuanto a la actitud, este no se verá motivado.¹³

2. Administración profesional de la calidad. Deberá capacitarse a todos los integrantes de la organización, de esta manera todos hablaran el mismo idioma y pueden entender de la misma manera cada programa de calidad.

3. Programas originales. Aquí se presentan los 14 pasos de Crosby, también conocidos como los 14 pasos de la administración de la calidad:

1. Compromiso en la dirección.
2. Equipos de mejoramiento de la calidad.
3. Medición de la calidad.
4. Evaluación del costo de la calidad.
5. Concientización de la calidad.
6. Equipos de acción correctiva.
7. Comités de acción.
8. Capacitación.
9. Día cero defecto.
10. Establecimiento de metas.
11. Eliminación de la causa de error.
12. Reconocimiento.
13. Consejo de calidad.
14. Repetir el proceso de mejoramiento de calidad.

¹³ Bernuy, L. A. (2005). Calidad de la atención en la clínica central de la Facultad de Odontología de la Universidad Mayor San Marcos.(Tesis) Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2796/Bernuy_tl%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

4. Reconocimiento.

Debemos de apoyar al personal que se esforzó de manera sobresaliente en el cumplimiento del programa de calidad. Esto podemos hacerlo mediante un reconocimiento durante cierto periodo de tiempo en el cual el trabajador haya logrado alguna acción única o distinta de los demás a favor de la organización y con miras a contribuir en el programa de calidad.¹³

2.1.1.3. Teoría del Control Total de la Calidad según Armad V. Feigenbaum:

Feigenbaum¹⁴, es el creador del concepto control total de calidad, en el que sostiene que la calidad no solo es responsable del departamento de producción, sino que se requiere de toda la empresa y todos los empleados para poder lograrla. Para así construir la calidad desde las etapas iniciales y no cuando ya está todo hecho.

Considera que calidad es un sistema eficaz para integrar los esfuerzos de mejora de la gestión, de los distintos grupos de la organización para proporcionar productos y servicios a niveles que permitan la satisfacción del cliente, a un costo que sea económico para la empresa, agregando posteriormente: calidad es la resultante de una combinación de características de ingeniería y de fabricación, determinantes del grado de satisfacción que el producto proporcione al consumidor durante su uso

Sostiene que los métodos individuales son parte de un programa de control. Feigenbaum, afirma que el decir “calidad” no significa “mejor” sino el mejor servicio y precio para el cliente, al igual que la palabra “control” que representa una herramienta de la administración y tiene 4 pasos:

- a. Definir las características de calidad que son importantes.
- b. Establecer estándares.

¹⁴ Armando, P. (2007). Desarrollo y validación de cuestionarios de satisfacción de pacientes con los servicios de atención farmacéutica en farmacias comunitarias. (Tesis doctoral), Universidad de Granada Facultad de Farmacia, España. Recuperado de <https://hera.ugr.es/tesisugr/1676853x.pdf>

- c. Actuar cuando los estándares se exceden.
- d. Mejorar los estándares de calidad.

Es necesario establecer controles muy eficaces para enfrentar los factores que afectan la calidad de los productos:

- a. Control de nuevos diseños.
- b. Control de recepción de materiales.
- c. Control del producto.
- d. Estudios especiales de proceso. ¹⁴

a) Costos de calidad:

Estos costos se pueden definir como lo que una empresa necesita invertir de cierta forma para brindar al cliente un producto de calidad. De acuerdo con su origen se dividen en:

Costos de prevención:

Son aquellos en los que se incurre para evitar fallas, y los costos que estas puedan originar, prevenir más costos. Y se manejan conceptos como: costos de planeación, entrenamiento, revisión de nuevos productos, reportes de calidad, inversiones en proyectos de mejora, entre otros.

Costos de reevaluación:

Estos se llevan a cabo al medir las condiciones del producto en todas sus etapas de producción. Se consideran algunos conceptos como: inspección de materias primas, reevaluación de inventarios, inspección y pruebas del proceso y producto.

Costos de fallas internas:

Son los generados durante la operación hasta antes de que el producto sea embarcado, por ejemplo: desperdicios, reproceso, pruebas, fallas de equipo, y pérdidas por rendimientos.

Costos de fallas externas:

Son los costos que se generan cuando el producto ya fue embarcado, por ejemplo: ajuste de precio por reclamaciones, retorno de productos, descuentos y cargos por garantía.¹⁴

2.1.1.4. Teoría de la Trilogía de la Calidad según Joseph M. Juran:

Nacido en Estados Unidos, publicó su primer libro en 1951, el manual de Control de Calidad. Tal como Deming fue invitado a Japón para dar seminarios y conferencias a altos ejecutivos.

Define qué Calidad es el conjunto de características que satisfacen las necesidades de los clientes, además calidad consiste en no tener deficiencias. La calidad es la adecuación para el uso satisfaciendo las necesidades del cliente.

Sus conferencias tienen un fuerte contenido administrativo, y se enfocan a la planeación, organización y responsabilidades de la administración en la calidad, y en la necesidad que tienen de establecer metas y objetivos para la mejora. Enfatizó que el control de la calidad debe realizarse como una parte integral del control administrativo. Algunos de sus principios son su definición de la calidad de un producto como “adecuación al uso”; su “trilogía de la calidad”, consistente en planeación de la calidad, control de calidad y mejora de la calidad; el concepto de “autocontrol” y la “secuencia universal de mejoramiento”.

Todas las instituciones humanas han tenido la presentación de productos o servicios para seres humanos. La relación que se da es constructiva solo cuando se respeta a las necesidades de precio, de fecha de entrega y adecuación al uso. Solo cuando se han cumplido las necesidades del cliente se dice que el producto o servicio es vendible.

La adecuación al uso implica todas las características de un producto que el usuario reconoce que lo van a beneficiar. Esta adecuación siempre será determinada por el usuario o comprador, y nunca por el vendedor, o el fabricante.

La calidad de diseño nos asegura que el producto va a satisfacer las necesidades del usuario y que su diseño contemple el uso que le va a dar. Para poder hacer esto, primero se tiene que llevar a cabo una completa investigación del mercado, para definir las características del producto y las necesidades del cliente.

La calidad de conformancia esta tiene que ver con el grado en que el producto o servicio se apegue a las características planeadas y que se cumplan las especificaciones de proceso y de diseño. Para poder lograr esto, debe contarse con la tecnología, administración y mano de obra adecuada.¹⁴

La disponibilidad es otro factor de la adecuación de la calidad al uso, este se define durante el uso del producto, y tiene que ver con el desempeño que tenga y su vida útil. Si usamos un artículo y falla a la semana entonces este no será disponible aunque hubiera sido la mejor opción en el momento de la compra. El artículo debe de servir de manera continua al usuario.

El servicio técnico por ultimo este define la parte de la calidad que tiene que ver con el factor humano de la compañía. El servicio de soporte técnico, debe estar latamente capacitado y actuar de manera inmediata para poder causar al cliente la sensación de que está en buenas manos.

La trilogía de la calidad:

El mejoramiento de la calidad se compone de tres tipos de acciones, según Juran:

- Control de calidad.
- Mejora de nivel o cambio significativo.
- Planeación de la calidad.

Cuando ya existe un proceso se empieza con acciones de control y cuando el proceso es nuevo, con las de planeación.

Acciones de control: Para poder mejorar un proceso necesitamos primero tenerlo bajo control.

Acciones de mejora de nivel: Estas van encaminadas a cambiar el proceso para que nos permita alcanzar mejores niveles promedio de calidad, y para esto se deben de atacar las causas comunes más importantes.¹⁴

Acciones de planeación de calidad: aquí se trabaja para integrar todos los cambios y nuevos diseños de forma permanente a la operación que normalmente llevamos del proceso, pero siempre buscando asegurar no perder lo ganado. Estos cambios pueden ser para satisfacer los nuevos requerimientos que haga el mercado.

▪ **Planeación de la calidad:**

1. Hay que identificar quien es el cliente.
2. Determinar sus necesidades (de los clientes).

El mapa de la planeación de la calidad consiste en los siguientes pasos:

3. Traducir las necesidades al lenguaje de la empresa.
4. Desarrollar un producto que pueda responder a esas necesidades.
5. Optimizar el producto, de manera que cumpla con la empresa y con el cliente.

6. Desarrollar un proceso que pueda producir el producto.
7. Optimizar dicho proceso.
8. Probar que ese proceso pueda producir el producto en condiciones normales de operación.
9. Transferir el proceso a operación.

▪ **Autocontrol:**

Deming y Juran sostiene que el 85 % de los problemas de una empresa son culpa y responsabilidad de la administración y no de sus trabajadores, porque son los administradores quienes no han podido organizar el trabajo para que los empleados tengan un sistema de autocontrol.¹⁴

▪ **Secuencia universal de mejoramiento:**

Para realizar un cambio se debe de seguir esta secuencia:

1. Primero es necesario probar que el cambio significativo es necesario.
2. Identificar los proyectos que van a justificar los esfuerzos para alcanzar una mejora.
3. Organizarse para asegurar que tenemos los nuevos conocimientos requeridos, para tener una acción eficaz.
4. Analizar el comportamiento actual.
5. Si existiera alguna resistencia al cambio, debemos negociarla.
6. Tomar las acciones correspondientes para implementar la mejora.
7. Por último, instituir los controles necesarios para asegurar los nuevos niveles de desempeño.¹⁴

2.1.1.5. Teoría del Control de la Calidad según Kaoru Ishikawa:

El gurú de la calidad Kaoru Ishikawa, nació en la ciudad de Tokio, Japón en el año de 1915, es graduado de la Universidad de Tokio.¹⁵ Ishikawa es hoy conocido como uno de los más famosos gurús de la calidad

15

Organización Mundial de la Salud –OMS (2003), Que se entiende por calidad, Qualityinprovementfor mental health - Mejora de la Calidad de la Atención en Salud Mental, (pp. 17 - 26), Asturias España: Editores Médicos, S.A. EDIMSA. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

mundial, y en este trabajo profundizare todos sus logros y las herramientas que a el le dieron tanto reconocimiento. La teoría de Ishikawa era manufacturar a bajo costo. Dentro de su filosofía de calidad el dice que la calidad debe ser una revolución de la gerencia. El control de calidad es desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad.

Hay algunas indicaciones que nos hacen pensar que los círculos de calidad pudieron haberse utilizado en los Estados Unidos en los años 50, pero a pesar de esto se atribuye al profesor Ishikawa ser pionero del movimiento de los círculos. Al igual que otros, Ishikawa puso especial atención a los métodos estadísticos y prácticos para la industria. Prácticamente su trabajo se basa en la recopilación de datos.

Una valiosa aportación de Ishikawa es el diagrama causa - efecto que lleva también su nombre (o de pescado).

El diagrama causa - efecto es utilizado como una herramienta que sirve para encontrar, seleccionar y documentarse sobre las causas de variación de calidad en la producción.

Control de Calidad en toda la Empresa:

De acuerdo con Ishikawa el control de calidad en Japón, tiene una característica muy peculiar, que es la participación de todos, desde los más altos directivos hasta los empleados de más bajo nivel jerárquico.¹⁵

El doctor Ishikawa expuso que el movimiento de calidad debía de imponerse y mostrarse ante toda la empresa, a la calidad del servicio, a la venta, a lo administrativo, etc. Y los efectos que causa son:

1. El producto empieza a subir de calidad, y cada vez tiene menos defectos.
2. Los productos son más confiables.
3. Los costos bajan.
4. Aumentan los niveles de producción, de forma que se puedan elaborar programas más racionales.

5. Hay menos desperdicios y se reprocesa en menor cantidad.
6. Se establece una técnica mejorada.
7. Se disminuyen las inspecciones y pruebas.
8. Los contratos entre vendedor y comprador se hacen más racionales.
9. Crecen las ventas.
10. Los departamentos mejoran su relación entre ellos.
11. Se disminuye la cantidad de reportes falsos.
12. Se discute en un ambiente de madurez y democracia.
13. Las juntas son más tranquilas y clamadas.
14. Se vuelven más racionales las reparaciones y las instalaciones.
15. Las relaciones humanas mejoran.

▪ **Círculos de calidad:**

La naturaleza de estos Círculos de Calidad, varía junto con sus objetivos según la empresa de que se trate.

Las metas de los Círculos de Calidad son:

1. Que la empresa se desarrolle y mejore.
2. Contribuir a que los trabajadores se sientan satisfechos mediante talleres, y respetar las relaciones humanas.
3. Descubrir en cada empleado sus capacidades, para mejorar su potencial.¹⁵

En los círculos de calidad se les enseñaban 7 herramientas a todos:

1. La Gráfica de Pareto.
2. El diagrama de causa-efecto.
3. La estratificación.
4. La hoja de verificación.
5. El histograma.
6. El diagrama de dispersión.
7. La Gráfica de Control de Shewhart.

Todos los que pertenezcan a un círculo, reciben la capacitación adecuada en las áreas de control y mejora. En ciertas ocasiones el

mismo círculo piensa en las soluciones y puede presionar a la alta gerencia a llevarlo a cabo, aunque esta siempre está dispuesta a escuchar y dialogar.

Estos círculos son muy recomendados en Japón, debido al éxito que han tenido en la mayoría de las empresas donde se han aplicado, pero se debe de tener cuidado al adaptarlos, debido a que cada organización es distinta y tiene necesidades muy variadas, una mala adaptación puede hacer que fracase el círculo.¹⁵

2.1.2. DETERMINANTES DEL NIVEL DE CALIDAD

2.1.2.1. ¿Qué es la calidad?

“Representa un proceso de mejora continua, en el cual todas las áreas de la empresa buscan satisfacer las necesidades del cliente o anticiparse a ellas, participando activamente en el desarrollo de productos o en la prestación de servicios”(Álvarez, J. et al 2006).¹⁶

Según Deming (1989) la calidad es “un grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo coste, adecuado a las necesidades del mercado”. El autor indica que el principal objetivo de la empresa debe ser permanecer en el mercado, proteger la inversión, ganar dividendos y asegurar los empleos. Para alcanzar este objetivo el camino a seguir es la calidad. La manera de conseguir una mayor calidad es mejorando el producto y la adecuación del servicio a las especificaciones para reducir la variabilidad en el diseño de los procesos productivos.

Para Juran (Juran y Gryna 1993) la calidad se define como adecuación al uso, esta definición implica una adecuación del diseño del producto o servicio (calidad de diseño) y la medición del grado en que el producto es conforme con dicho diseño (calidad de fabricación o

¹⁶ Jose A.I., Ignacio A.G., Javier B.C. (2006). Introducción a la calidad; Aproximación a los Sistemas de Gestión y Herramientas de Calidad. 1º Edición. Editorial, Ideas propias. PP. 136. España. Recuperado de https://www.academia.edu/13639200/INTRODUCCI%C3%93N_A_LA_CALIDAD_Aproximaci%C3%B3n_a_los_Sistemas_de_Gesti%C3%B3n_y_Herramientas_de_Calidad

conformidad). La calidad de diseño se refiere a las características que potencialmente debe tener un producto para satisfacer las necesidades de los clientes y la calidad de conformidad apunta a cómo el producto final adopta las especificaciones diseñadas.

La idea principal que aporta Crosby (1987) es que la calidad no cuesta, lo que cuesta son las cosas que no tienen calidad. Crosby define calidad como conformidad con las especificaciones o cumplimiento de los requisitos y entiende que la principal motivación de la empresa es el alcanzar la cifra de cero defectos. Su lema es "Hacerlo bien a la primera vez y conseguir cero defectos".¹⁶

Reeves y Bednar (1994) revisaron el concepto de calidad concluyendo que no existe una definición universal y global de la misma sino básicamente cuatro tipos de definición:

- **Calidad como excelencia:**

En este caso se define como “lo mejor” en sentido absoluto. Esta definición es demasiado abstracta y confusa ya que no orienta a la organización hacia donde debe llevar su gestión. Cabría que los responsables de la organización definiesen el concepto de excelencia aun con el riesgo de no ser igual a la concepción que tendrían los clientes.

- **Calidad como valor:**

En este caso se segmenta el concepto según el tipo de cliente. Calidad es lo mejor para cada tipo de consumidor. Feigenbaum (1951, en García, 2001) sostiene que la calidad de un producto no puede ser considerada sin incluir su coste y que, además, la calidad del mismo se juzga según su precio.

- **Calidad como ajuste a las especificaciones:**

Este concepto surge desde la calidad industrial en la que el producto final debe ajustarse a un patrón preestablecido. La calidad significa asegurar que el producto final es tal como se ha determinado sería, esto es, en base a unas especificaciones previas. A partir de este concepto surge el control estadístico de la producción.

▪ **Calidad como respuesta a las expectativas de los clientes:**

Esta definición surge del auge de los servicios y la medición de su calidad. Bajo esta premisa se centra el concepto de calidad en la percepción que tiene el cliente. La principal aportación es que se reconoce la importancia de los deseos de los consumidores a la hora de determinar los parámetros que determinan la calidad de un producto o servicio.

Para Genichi Taguchi la calidad es algo que está siendo diseñado dentro del producto para hacer que este sea fuerte e inmune a los factores incontrolables ambientales en la fase de fabricación, dando por resultado, que la calidad consiste en la reducción de la variación en un producto.¹⁶

La definición de calidad más aceptada en la actualidad es la que compara las expectativas de los clientes con su percepción del servicio. El desarrollo de la industria de los servicios ha supuesto un desarrollo de una nueva óptica del concepto de calidad que se focaliza más hacia la visión del cliente (García, 2001).

La definición de Juran (Juran y Gryna, 1993) puede relacionarse con esta aceptación de la definición de calidad de los servicios cuando la adecuación al uso la definen las expectativas de los clientes. La principal ventaja de esta perspectiva de la definición es la dependencia de los

consumidores que son, en última instancia, los que hacen la valoración última del servicio consumido.¹⁷

2.1.2.2. Dimensiones de la Calidad

Garvín, D. (1987) refiere que; *“Si la Calidad debe ser gerenciada, debe ser primero comprendida”*.

Aceptando la premisa esencial de esos múltiples abordajes debemos dar un paso al frente y construir sobre esa base una estructura analítica que dirija las actividades. Recordando que le cabe al Cliente definir el significado de Calidad, basado en sus necesidades, expectativas y preferencias.

O sea, queda establecido el concepto de que la Calidad del Producto depende de la percepción del Cliente y de que esa evaluación personal influenciará en la elección del proveedor, así como su disposición para nuevas compras y su evaluación de esa experiencia.

Esto se superpone a eventuales requisitos técnicos y normativos que serán atendidos siempre por los proveedores y por lo tanto no son cuestionables.

Se torna necesario entonces crear una estructura para la Calidad que cubra esos diferentes abordajes e que no sólo permita un estudio analítico que identifique los requisitos del Cliente desde el inicio del desarrollo del producto como también sea capaz de mantener esa información a lo largo del ciclo de vida del producto hasta las etapas de mejora.

¹⁷ Ricard S, Gerrard C.(2007) Calidad del Servicio en la Industria Hotelera: Revision de la Literatura. ESADE – Universitat Ramon Llull, Revista de Análisis Turístico Nº 3, 10/2007, p. 27 - 44 Recuperado de <http://www.esade.edu/cedit2007/pdfs/papers/pdf9.pdf>

Eso garantizará una gestión apropiada de la Calidad tanto desde el punto de vista de las funciones internas de la empresa, como de la lucratividad del producto.

Cada dimensión es autosuficiente y diferente, englobando ciertos atributos de un producto según un criterio de clasificación. Ciertas dimensiones serán más importantes que otras y hasta inclusive irrelevantes, de acuerdo al producto en cuestión. Ellas juntas cubren una gama completa de requisitos y expectativas para la Calidad del producto.¹⁷

Algunos componentes son concretos y mensurables, mientras que otros son subjetivos y dependen del Cliente como individuo. Las Ocho Dimensiones de la Calidad, según la definición inicial, son:

1. **Desempeño:** se trata de los atributos básicos de un producto, su funcionamiento.
2. **Características:** comprende aspectos secundarios, complementarios a lo esencial.
3. **Conformidad:** refleja el grado en el que las características del producto responden a patrones formales.
4. **Confiabilidad:** se trata de la probabilidad de mal funcionamiento del producto.
5. **Durabilidad:** expresa la vida útil de un producto.
6. **Atención:** comprende los factores que pueden afectar la percepción del cliente.
7. **Estética:** es la apariencia de un producto, el sentimiento o sensación que él provoca.
8. **Calidad Percibida:** es la transferencia de la “reputación” del proveedor al producto.¹⁷

2.1.2.3. Calidad de los servicios en salud.

Según Kotler (2004), sostiene que un producto es todo aquello que se ofrece en un mercado para atención, adquisición, uso o

consumo y que puede satisfacer un deseo o necesidad. Incluye objetos físicos, servicios, personas, lugares, organizaciones e ideas.

Existen tres maneras de clasificar los productos:

- a) Bienes de consumo perecederos:
Productos que se consumen en uno o varios usos, siempre durante un tiempo corto.
- b) Bienes de consumo duradero:
Productos que se utilizan durante un largo período de tiempo y pueden utilizarse varias veces.
- c) Servicios:
Actividades, beneficios y satisfacciones que se venden.
Los servicios tienen la característica de la intangibilidad y su posesión no es acumulativa.

En general, las empresas, instituciones u organizaciones ofrecen productos o servicios. Los servicios, a diferencia de los productos, tienen algunas características distintivas como son (Bernuy, 2005)

- **Intangibilidad**, es la cualidad del servicio por lo que no es fácil contarlos, inventariarlos y verificarlos antes de su entrega.
- **Inseparabilidad**, de los servicios del momento de su producción por lo que no se pueden guardar, almacenar o diferir para otro momento.
- **Heterogeneidad**, que lo hace imposible estandarizar su producción, o sea que cada unidad producida será diferente de la siguiente unidad de servicio.
- **Control subjetivo de los resultados**, a través de la percepción del cliente después de consumir el servicio.

Donabedian introduce el enfoque del modelo estructura, proceso y resultado (SPO, siglas en inglés), e interpreta la calidad como una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso. No obstante, en los servicios de salud se plantea un modelo que valore los Resultados Clínicos, Económicos y Humanísticos (ECHO, siglas en inglés) con el objetivo de asistir a los prestadores de servicios a planear, conducir y evaluar productos y servicios desde una perspectiva multidimensional en un esfuerzo de aumentar la calidad de vida, satisfacción del paciente y reducción de los costos (Armando, 2007) ²⁴

Las empresas industriales y de servicios han optado por definir la calidad como aptitud, adecuación o idoneidad de uso. De allí que, la calidad en materia de servicios es total o no existe. En cambio, las empresas de salud prefieren conceptuarlo como un fenómeno multidimensional y complejo. Una característica fundamental de la calidad en los servicios es su carácter multidimensional, aunque no hay consenso respecto a las dimensiones que deben ser parte de su constructo (Bernuy, 2005).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (Armando, 2007; Chávez y colaboradores, 2009).

Los principales atributos dimensiones de la calidad en los servicios de salud son (Armando, 2007):¹⁸

Efectividad. Es la capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud y se relaciona con la capacidad de actuar de los profesionales, de manera que los pacientes consigan el resultado más deseable, así como el mínimo de riesgos.

Eficiencia. Es la relación entre el impacto real de un servicio y su costo de producción. Es decir, la prestación del máximo servicio de calidad por unidad recursos disponibles. Incluye la idoneidad de los servicios y el costo de los mismos.

Adecuación. Es la relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Incluye la calidad de los recursos y su distribución.

Competencia profesional. Es la capacidad del profesional de utilizar sus conocimientos en proporcionar atención y satisfacción al usuario.

18

Calidad científico técnica. Es la capacidad de aplicar los conocimientos y tecnologías disponibles en el servicio ofertado.

Seguridad. Es el balance positivo de la relación riesgo /beneficio, en la sinergia de la competencia, cortesía, garantía y protección.

Aceptabilidad. Incluye la satisfacción y cooperación del paciente. La satisfacción se refiere al cumplimiento de sus expectativas, mientras que la cooperación a la posibilidad de cumplimiento de un plan de acción.

¹⁸ Armando, P. (2007). Desarrollo y validación de cuestionarios de satisfacción de pacientes con los servicios de atención farmacéutica en farmacias comunitarias. (Tesis doctoral), Universidad de Granada Facultad de Farmacia, España. Recuperado de <https://hera.ugr.es/tesisugr/1676853x.pdf>

Satisfacción del profesional. Es el grado de complacencia del personal con las condiciones de su trabajo.

Disponibilidad. Es la probabilidad de que los servicios de salud estén disponibles cuando se necesiten.

Accesibilidad. Es la facilidad con la que se obtienen los servicios de salud a pesar de las barreras económicas, culturales, geográficas, etc.

Continuidad. Es la posibilidad de integración y sostenibilidad de los servicios en el tiempo.

2.1.2.4. Dimensiones de la Calidad según la OPS.

Según la Organización Panamericana de la Salud, la Calidad presenta las siguientes dimensiones:¹⁹

- a. **DIMENSIÓN TÉCNICO - CIENTÍFICA:** Referida a los aspectos científico-técnicos de la atención, cuyas características básicas son:
 - **Competencia Profesional:** La competencia profesional se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo.
 - **Eficacia:** Es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones; es decir está referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de la atención en salud mental a través de la aplicación correcta de las normas técnicas y administrativas.

¹⁹ Orozco, M. (2009) Gestión de la Calidad, Calidad en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Nicaragua. Recuperado de http://www.paho.org/hq/documents/events/nicaragua09/Garantia_Calidad_Seguridad_Paciente-CIES-Miguel_Orozco.ppt?ua=1

- **Eficiencia:** Los servicios eficientes son los que suministran atención en salud mental más óptima a los pacientes y la comunidad; es decir es el uso adecuado de los recursos estimados para obtener los resultados esperados.
 - **Continuidad:** Implica que el cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones, ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico ó tratamiento.
 - **Seguridad:** La forma en que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario; es decir implica la reducción de riesgos, de efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios.
- b. **DIMENSIÓN HUMANA:** Referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características:
- **Accesibilidad:** La accesibilidad o acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud.- Comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural o lingüística.
 - **Satisfacción del cliente:** La Dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad.
- c. **DIMENSIÓN DEL ENTORNO:** Referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles. Implica un Nivel básico de comodidad, ambientación,

limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.

- **Comodidades:** Las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento.¹⁹

2.1.2.5. Calidad en la Atención en Salud Mental.

Una buena calidad implica que los servicios de salud mental deben:

- Preservar la dignidad de las personas con trastornos mentales.
- Proporcionar cuidados, tanto clínicos como no clínicos, aceptados y relevantes, destinados a reducir el impacto del trastorno y a mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales.²⁰
- Usar intervenciones que ayuden a las personas con trastornos mentales a afrontar por sí mismas la discapacidad derivada de tales trastornos.
- Hacer un uso más eficiente y efectivo de los escasos recursos de salud mental.
- Asegurar que la calidad de la atención mejora en todas las áreas, incluyendo la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en atención primaria, así como en los dispositivos residenciales comunitarios, ambulatorios y de internamiento.

En muchos países, los servicios para las personas con trastornos mentales están bajo mínimos y no están a la altura de estos principios. La atención comunitaria no está disponible en el 37% de los países. Ciertos medicamentos psicotrópicos esenciales no están disponibles en el nivel de la atención primaria en casi un 20% de los países, existiendo una notable variabilidad entre los países y dentro de ellos. Cerca de un 70%

²⁰ Organización Mundial de la Salud – OMS (2007), Mejora de la Calidad de la Salud Mental, Conjunto de Guías sobre servicios y Políticas de Salud Mental, Editores Medicos. S.A. EDIMSA - España . Recuperado de http://www.who.int/mental_health/policy/quality_module_spanish.pdf

de la población tiene acceso a menos de un psiquiatra por cada 100.000 habitantes.

En un contexto donde los recursos son inadecuados y la salud mental está emergiendo como una nueva prioridad, la preocupación por la calidad puede parecer prematura o incluso un lujo. La calidad puede parecer más un tema de los sistemas bien organizados y con recursos adecuados, que de los sistemas que están en proceso de constitución.

2.1.2.6. Importancia de la Calidad de Atención en Salud Mental.

La calidad es importante para todos los sistemas de salud mental desde una variedad de perspectivas. Desde la perspectiva de la persona con un trastorno mental, la calidad asegura que ésta reciba los cuidados que precise y que sus síntomas y su calidad de vida mejoren.

Desde la perspectiva de un familiar, la calidad proporciona apoyo y ayuda a preservar la integridad familiar. Desde la perspectiva del proveedor de servicios o administrador de programas, la calidad asegura efectividad y eficiencia. Desde la perspectiva del gestor de políticas, la calidad es la clave para mejorar la salud mental de la población, asegurando los resultados más rentables.

Éstos son los requisitos esenciales para cualquier servicio de salud mental, tanto si el servicio está dando sus primeros pasos con unos recursos mínimos, como si se trata de un servicio sólidamente establecido y con abundantes recursos. La calidad del servicio es importante no sólo para modificar las negligencias del pasado, como fueron los abusos de los derechos humanos en las instituciones psiquiátricas, sino también para asegurar el desarrollo de unos cuidados efectivos y eficientes en el futuro.

Cimentar la calidad de los servicios de salud mental, incluso en situaciones de servicios escasos, proporciona una base firme para el futuro desarrollo de esos servicios.

Las ventajas de la mejora de la calidad en la salud mental:

20

1. Un enfoque sobre la calidad ayuda a asegurar que los recursos se utilizan de manera adecuada. En la mayoría de los sistemas, los recursos no se utilizan de la manera más óptima.

Algunos sistemas sobre utilizan los servicios, esto es, los servicios no conllevan mejoras, o incluso causan daños. Otros sistemas hacen un uso mínimo de los servicios. Así, los sistemas fallan a la hora de proporcionar lo que la gente necesita. En ambos casos, la falta de enfoque sobre la calidad resulta en un desperdicio de recursos. La mejora de la calidad facilita la oportunidad de utilizar los recursos de manera eficiente.

2. Un enfoque sobre la calidad ayuda a asegurar que en los tratamientos se emplean los conocimientos científicos más recientes y las nuevas tecnologías. En la última década se han producido avances científicos espectaculares en el campo de la psicofarmacología y de los tratamientos de los trastornos mentales. El Informe sobre la Salud en el Mundo (OMS, 2001) indica los tratamientos que funcionan, pero señala también que existe un abismo entre lo que se conoce y lo que se pone en práctica. Una amplia variedad de servicios comunitarios han demostrado su eficacia incluso para los trastornos más severos. Un enfoque sobre la calidad ayuda a modificar las viejas metodologías de trabajo y puede hacer progresar al sistema, aprovechándose de los nuevos tratamientos y tecnologías.²⁰

3. Un enfoque sobre la calidad ayuda a asegurar que las personas con trastornos mentales reciben los cuidados que necesitan. Una buena calidad es vital para las personas con enfermedades mentales. Las enfermedades psiquiátricas y neurológicas representan el 28% de todos los años vividos con discapacidad. Estadísticamente, esto representa la

carga añadida de las personas con enfermedades mentales. A nivel individual, el dato muestra la desproporcionada carga soportada por las personas con trastornos mentales. Esta carga se ve agravada por la estigmatización, la discriminación y la violación de los derechos de las personas con trastornos mentales en muchas partes del mundo. Todavía predominan las creencias tradicionales acerca de las causas y los remedios de la enfermedad mental, lo que provoca reticencias o retrasos a la hora de buscar tratamiento. En los Estados Unidos, por ejemplo, la mayoría de las personas que necesitan tratamiento no lo buscan (Departamento de Salud y Servicios Psicosociales de EE.UU., 2000).

4. Un enfoque sobre la calidad ayuda a fomentar la confianza en la efectividad del sistema. Una calidad satisfactoria favorece la credibilidad social en el tratamiento de la salud mental. Es la base para demostrar que los beneficios del tratamiento de los trastornos mentales pesan más que los costes sociales de sufrir dichos trastornos. Sin una calidad satisfactoria, no se consiguen los resultados esperados y los que financian, el público general e incluso las personas con trastornos mentales y sus familias llegan a desilusionarse. La ausencia de calidad ayuda a perpetuar los mitos sobre los trastornos mentales y las actitudes negativas hacia las personas que los sufren.
5. Un enfoque sobre la calidad ayuda a superar los obstáculos para conseguir cuidados apropiados a diferentes niveles. La percepción de que existen calidad y eficacia anima a algunas personas con trastornos mentales a buscar tratamiento y reduce las actitudes negativas del resto de la gente. La calidad se convierte en un mecanismo que asegura que los cuidados son adecuados de acuerdo a los conocimientos actuales. Es más, la idoneidad de los cuidados, es decir, los cuidados que están al nivel que se considera correcto, en el que no hay una sobreutilización de servicios inadecuados ni se escatiman los tratamientos precisos, permite que los recursos limitados se usen de manera responsable y eficaz.²⁰

6. Un enfoque sobre la calidad es una cuestión sistémica. La mejora de la calidad permite optimizar los cuidados de salud mental de manera sistemática. Por esta razón, el papel de los gestores políticos es complejo. Mientras que los sistemas locales se centran en asegurar una calidad satisfactoria mediante la monitorización de los cuidados clínicos, los gestores políticos deben proporcionar el marco y los apoyos nacionales que hacen esto posible. Los gestores políticos (o planificadores de salud mental) deberían liderar y abogar por la buena calidad para así facilitar esta mejora sistemática.

2.1.2.7. Cobertura de la Atención.

Marracino, C. (2013) señala que el interés por el análisis metodológico de las coberturas es una circunstancia ligada desde hace muchos años a los programas de salud preventivos y a la epidemiología.²¹

Sin embargo, el desarrollo de los modelos y sistemas de salud y atención médica (extendió este concepto abarcando en especial los de índole financiera.

Esta concepción de las coberturas fue objeto de diversas publicaciones y trabajos.

Curiosamente no existe una definición precisa de “Coberturas de Salud”. A pesar de ello, casi todos los partícipes del pensamiento sanitario reconocen y entienden su contenido, por lo que su definición debe ser asumida como una aproximación personal al tema.

²¹ Marracino, C. (2013) Cobertura en Salud. Buenos Aires Argentina. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-140.pdf>

Se entiende por coberturas en salud al conjunto de actividades integradas orientadas hacia la promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se desarrollan bajo la responsabilidad y financiamiento de una institución, la cual se vincula con las personas en forma genérica o nominativa.²¹

Básicamente existen dos enfoques para abordar la comprensión de las coberturas de salud. El primero es la extensión social de las mismas. El segundo se refiere al alcance o profundidad prestacional.

Para este tipo de análisis debemos considerar las distintas formas de relación que tiene la población con las instituciones responsables y financiadoras de las coberturas. Estas modalidades tienen íntima relación con las concepciones ideológicas que poseen los modelos de salud y son:

- a. Coberturas genéricas no nominativas: financiadas por rentas generales a cargo del sector público. Su destinatario son todas las personas sin excepción que habiten la jurisdicción o región. Se desarrollan bajo el criterio del derecho a la salud y atención igualitaria.
- b. Coberturas específicas nominativas: financiadas por aportes y contribuciones obligatorios (sobre el salario de los trabajadores), que son administrados por instituciones de la seguridad social (Obras Sociales y Artes). Están destinadas a los trabajadores aportantes, a su núcleo familiar, y a los jubilados. Se desarrollan bajo el criterio de la solidaridad, atención igualitaria, independientemente del monto aportado.²¹
- c. Coberturas específicas nominativas: financiadas con aportes voluntarios administrados por instituciones con o sin fines de lucro (Prepagos, Mutuales, etc.). Están destinadas a las personas asociadas bajo el criterio de cobertura según capacidad de compra.

- d. Independientemente de lo expuesto, existe la no-cobertura. Se expresa por la existencia de núcleos sociales que quedan al margen de una real atención, ya sea por motivos geográficos, económicos o culturales.

2.1.3. CONCEPTO DE COBERTURA.

Castellanos, J. (1977) señala que el concepto de cobertura implica el reconocimiento de una relación dinámica entre las necesidades y aspiraciones de la población la demanda de servicios y los recursos disponibles y sus combinaciones tecnológicas e institucionales la oferta para satisfacer esa demanda. Estos dos elementos, cuya distinción es importante, servirán de base para la utilización de la noción de niveles de atención en la programación de servicios. La forma de agrupación de los problemas y de las respuestas de atención de los sistemas de salud ha dado origen a la formación clásica de niveles de servicio: primario, secundario y terciario. El reconocimiento de las relaciones intersectoriales de la salud plantea la necesidad de revisar el contenido tradicional de los niveles primarios de atención, que constituyen el punto de contacto del sistema institucionalizado con la comunidad o “puerta de entrada” de esta al sistema. La reorientación consiguiente implica un nuevo enfoque, una nueva estrategia para afrontar los problemas de salud, con participación de la comunidad, denominado atención primaria, cuyo desarrollo debe ser considerado dentro del conjunto de los sistemas de salud.²²

Asimismo el concepto de cobertura de salud sobrepasa los límites tradicionales de una simple proporción numérica que expresa los servicios que se prestan, la disponibilidad de los mismos o bien su accesibilidad geográfica con respecto a la población, y adquiere nuevas y más amplias dimensiones. Una población estará realmente cubierta con servicios de salud solo en la medida en que sus necesidades básicas reciban atención

²² Castellanos J. (1977), Situaciones De Cobertura, Niveles de Atención y Atención Primaria. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17488/v82n6p478.pdf?sequence=1>

efectiva y suficiente, dentro de las posibilidades que ofrecen los recursos de su situación particular.

El concepto de cobertura implica pues el reconocimiento de una relación dinámica en la cual entran en juego, por una parte, las necesidades y aspiraciones de la población, que constituyen la demanda de servicios, y por la otra, los recursos disponibles y sus combinaciones tecnológicas y de organización que configuran la oferta para satisfacer esa demanda. A este respecto cabe señalar que las necesidades de la población no necesariamente están en el área convencional de atención de la salud. Por otra parte, la identificación de necesidades ha correspondido en general a la esfera de acción del personal encargado de organizar u otorgar los servicios cuyas interpretaciones no siempre corresponden a la realidad sentida por las comunidades. En consecuencia, la demanda real debe considerarse en un contexto y una dimensión más amplios. Los servicios de salud a su vez constituyen la respuesta de una sociedad o grupo comunitario a una necesidad de atención, sea esta individual o colectiva. Para el individuo la atención de la salud debe responder a su necesidad particular, y para la comunidad debe satisfacer el conjunto de necesidades de sus integrantes. Dentro de cualquier esquema de atención de la salud, en una u otra de estas dos escalas, individual y comunitaria, deben estar disponibles o ser accesibles muchos tipos o modalidades de atención que cubren un rango muy amplio de intensidad y de complejidad. Este principio de accesibilidad supone la existencia de una oferta oportuna y sistematizada de servicios adecuados, en cantidad y estructura, al volumen y características de la población y a la naturaleza de las necesidades o problemas de salud que afectan a esa población. En estas condiciones el contenido de la relación demanda-oferta, y por consiguiente la expresión final de cobertura, varían de país a país y aun de una comunidad a otra, dentro de un mismo país, según sean las características del desarrollo. En el proceso de lograr estas definiciones, la participación de las comunidades es esencial para ayudar a resolver la brecha en el reconocimiento de necesidades y aspiraciones y

como elemento de apoyo en la movilización de recursos provenientes de diversos sectores.²²

2.1.3.1. Cobertura y Profundidad o Alcance Prestacional

La definición de la profundidad prestacional (menú prestacional) de las coberturas, es metodológicamente una definición técnica con efectos económicos de importancia que acapara la atención. No obstante, detrás de estas alternativas metodológicas subyace un conflicto ético de mayor envergadura que condiciona los resultados asistenciales y económicos. El contenido de este conflicto se centra en los criterios utilizados para priorizar el uso y acceso a los recursos, por parte de las personas. Estos criterios, que en general no están explicitados, expresan la direccionalidad estratégica de los modelos o sistemas, y son:

- a. Todo lo legítimo para aquellos que lo demanden. Libera el uso y la implementación de “tecnologías”, obteniéndose como resultado una baja eficiencia global con incremento de costos. Ejemplo Cobertura basada en el Nomenclador Nacional y el uso indiscriminado de las prestaciones.
- b. Todo lo legítimo para aquellos que lo necesitan. Prioriza “necesidades” de las personas, pero no garantiza el uso adecuado de la tecnología ya sea por no contar con su completo control o porque no se desea actuar sobre ellas. Se obtiene resultados con mediana eficiencia e incremento de los costos. Ejemplo Cobertura materno infantil sin aplicar programas de atención primaria.
- c. Lo posible para quien lo demande. Prioriza la “disponibilidad de recursos” independientemente de las necesidades de las personas. Se obtiene malos resultados asistenciales con baja eficiencia y con disminución inicial del gasto. Ejemplo Cobertura de las obras sociales de bajos ingresos que no definen prioridades y sólo aplican limitaciones.

- d. Lo posible para quienes más lo necesiten. Prioriza “necesidades” de las personas y disponibilidad de recursos, exigiendo un estricto sentido en su asignación. Se obtiene resultados con aceptable eficiencia y bajos costos. Ejemplo Cobertura de los programas de salud rural.²²
- e. Lo necesario para aquellos que lo demanden. Prioriza la “utilización racional de tecnologías” pero no las necesidades de las personas a las que sólo se abastece en su demanda. Se obtiene como resultados asistenciales mediocres, una baja eficiencia con disminución inicial del gasto. Ejemplo Cobertura con auditoria previa para la autorización de prestaciones.
- f. Lo necesario para aquellos que lo necesiten. Prioriza “necesidades” y “utilización racional de tecnologías”. Se requiere identificar grupos de riesgo y estratificar el modelo en niveles de atención. Permite una decisión coherente y ética para priorizar el uso de los recursos. Se obtiene buenos resultados asistenciales con una alta eficiencia y con adecuados costos. Ejemplo Coberturas organizadas por niveles de atención y con priorización de grupos de riesgo.

Los criterios expuestos son utilizados, como hemos visto, en distintos modelos y sistemas de salud. Dada la conflictividad ética que plantean algunos de ellos, en relación con los resultados asistenciales y económicos, habitualmente se soslaya su explicitación y se la disimula con técnicas de publicidad y marketing. En cambio el último de los criterios mencionados, “lo necesario para aquellos que lo necesitan”, plantea dentro de un entorno ético defendible, la aplicación de métodos de priorización en el uso y acceso de recursos que identifican los principios válidos para definir la profundidad de las coberturas, y que por su importancia creo que conviene precisar.²² Estos son:

- a. Identificación de los grupos de riesgo: presentes en la población cubierta, como: mujeres embarazadas y mujeres de edad fértil; niños

menores de 1 año; personas mayores de 65 años; trabajadores según tipo de actividad; población por debajo del nivel de pobreza; y otros.

Estos grupos deben ser considerados desde la perspectiva de sus necesidades y no sólo por su demanda es recomendable desarrollar programas que se anticipen a esta.

- b. Selección de los problemas sanitarios prevalentes. Es conveniente establecer dentro del programa de atención médica las prioridades que corresponden a los problemas sanitarios prevalentes como: Salud mental; Rehabilitación; Salud bucal; Medicamentos, Material descartable y Prótesis; Enfermedades prevenibles o evitables; y otras.
- c. Estratificación de las Coberturas. Me refiero al proceso de estratificación de la atención médica por “niveles”, teniendo en cuenta la “accesibilidad”, los “riesgos” y la complejidad de las prestaciones.

De esta forma, quedan constituidos los siguientes niveles de cobertura²³:

- **Primer Nivel:** Agrupa a las coberturas y prestaciones con accesibilidad directa de las personas al sistema. Fundamentalmente comprenden acciones primarias ambulatorias: Prevención, Promoción de la Salud, Consulta por Médico de Cabecera, Urgencias.
- **Segundo Nivel:** Agrupa a las coberturas y prestaciones de accesibilidad referencial, a través de una solicitud o derivación y su posterior contra referencia. Incluyen prestaciones especializadas, ambulatorias y de internación de mediana complejidad; Prácticas diagnósticas y tratamiento; Internación de agudos clínico, quirúrgica, obstétrica, pediátrica.

²³ López Flor, Guillermo Aguilar Adrián, (2004) Niveles de cobertura y accesibilidad de la infraestructura de los servicios de salud en la periferia metropolitana de la Ciudad de México. Investigaciones Geográficas, Boletín del Instituto de Geografía, UNAM ISSN 0188-4611, pp 188, México. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/569/56905311.pdf>

- **Tercer Nivel:** Agrupa a las coberturas y prestaciones de accesibilidad indirecta, a través de una derivación con indicación de atención prolongada o muy especializada. Se desarrollan acciones ambulatorias y de internación de alta complejidad o muy especializadas. Comprende: Alta Complejidad, Atención Médica para Crónicos, Internación de larga estadía.

Además de los tres niveles descritos es posible identificar prestaciones no prioritarias, como prestaciones opcionales y prestaciones excluidas cuyo contenido no forma parte del presente análisis, pero puede ser consultado en alguno de las publicaciones referenciales.

2.1.3.2. Situación general de la Cobertura de Servicios.

El examen de la situación en el Continente a principios del presente decenio para la formulación del Plan Decenal de Salud para las Américas, mostró que en América Latina aproximadamente el 40% de una población de 287 millones no tiene acceso a los servicios existentes.²² La mayor parte de esta población está localizada en las áreas rurales o en las zonas marginadas de las grandes ciudades, y alrededor de 50 millones de ellos viven confinados detrás de la “frontera de la extrema pobreza”. Este grupo de población, cuyo núcleo más vulnerable está constituido por las mujeres en edad fértil y los menores de 1.5 años, quienes en conjunto llegan al 63% del total de la población, contribuye con una gran proporción de cifras de morbilidad y mortalidad en el Continente, cuyas causas principales están ligadas a las enfermedades transmisibles, la desnutrición y los problemas de control del medio ambiente. Asimismo, en áreas de mayor especificidad, para citar solo algunos ejemplos, se comprobó que:

- La prevalencia de desnutrición avanzada (II y III grados) varía entre el 10 y el 30% en los menores de 5 años en 18 países con el 65% de la población de la Región, lo cual permite estimar que cerca de cinco

millones de niños latinoamericanos padecían en ese momento de desnutrición avanzada. Prácticamente ninguno de los países había “establecido y llevado a efecto una definida política intersectorial coordinada de alimentación y nutrición”, y solo pocos de ellos “habían establecido una planificación de las actividades de nutrición”.²²

- Una investigación odontológica del INCAP mostró una alta incidencia de caries en áreas rurales, e indicó que a los 40 años, las dos terceras partes de los dientes se han perdido. Sin embargo, solo dos países de América Latina proporcionan agua potable fluorurada a más del 30% de su población; otros dos la otorgan a una proporción que oscila entre el 1.5 y el 30%, y el resto de los países la proporciona a menos del 13% de su población.
- En relación con el saneamiento del medio, y no obstante los resultados importantes alcanzados en el abastecimiento de agua en varios países, en 1971, de un total de 155 millones de población urbana, solo 121 millones (78%) contaba con servicios de abastecimiento de agua, y 59 millones (38%) tenía servicios de alcantarillado. Para la población rural la proporción atendida con servicios de agua era solo de 31 millones, o sea el 24% del total. Aproximadamente el 75% de la población urbana contaba con servicios de recolección diaria de basuras, pero la disposición final de estas era deficiente, ya que en la mayoría de los casos se depositaban en terrenos abiertos, con los consiguientes riesgos de contaminación.
- Los países de la Región, excepto cuatro, suministraban menos de 10 egresos hospitalarios por 100 habitantes por año, y solo cinco ofrecían a la población la oportunidad de una consulta por habitante/año.
- El 68.5% de todos los egresos hospitalarios estaba constituido por enfermedades transmisibles, parasitarias e infecciosas; embarazo, parto y complicaciones pre y perinatales, y por alteraciones físicas o mentales producidas por accidentes; ello indica que por encima de las dos

terceras partes del recurso hospitalario se utiliza para solucionar problemas que podrían ser resueltos mediante atención ambulatoria, acciones preventivas y de control del medio ambiente.

- Existía una escasez general de recursos humanos, registrándose además una marcada des- proporción en la estructura laboral, con desviación hacia los niveles superiores. La formación de recursos de nivel medio no cuenta con estructuración, organización y reconocimiento adecuados y, la mayoría de las veces, es de tipo circunstancial. ²²
- Solo el 5.5% de los médicos servía a poblaciones de menos de 20,000 habitantes, que constituyen el 59% del total de la población, y el personal de enfermería representaba, en 1969, solo una proporción de 11.1 por 10,000 habitantes.

Todo lo anterior indica claramente la existencia de un déficit cuantitativo general de atención, es decir una muy baja cobertura de la población, situación que tiende a agravarse cualitativamente por la presencia de deficiencias estructurales y operativas de los servicios, entre los cuales se destacan:

- Inapropiada distribución geográfica de establecimientos ubicados, en una alta proporción, en los centros urbanos de mayor concentración con abandono de las pequeñas poblaciones y de las áreas rurales.
- Existencia de una gran multiplicidad de instituciones públicas y privadas que participan en la prestación de servicios y ausencia casi completa de coordinación entre las mismas.
- Desarrollo anárquico de los subsistemas hospitalarios, sin coordinación con los demás establecimientos de salud, lo cual tiende a perpetuar la prevalencia de esquemas tradicionales de prestación de servicios basados en diseños de alto costo por las combinaciones de personal, facilidades físicas y equipos que utilizan.

- Utilización de sistemas anacrónicos de organización y manejo de los establecimientos, y uso de métodos y técnicas administrativas obsoletos, situación que se agrava por problemas de financiamiento que conducen inevitablemente a un funcionamiento ineficiente y a una baja productividad.²²
- Servicios inadecuados desde el punto de vista tecnológico, resultado de una tendencia inveterada hacia la adopción y utilización de una tecnología desarrollada en medios de mayor disponibilidad de recursos, sin la indispensable adaptación a las condiciones locales, con las consiguientes distorsiones, mayores costos y subutilización de instalaciones y equipos.

De lo anterior se deduce fácilmente que, en general, los servicios de salud de los países del Continente generan una oferta de atención no sistematizada, en calidad y cantidad, que responde solo en forma parcial a las características de la demanda.

La situación resultante de cobertura deficitaria, en la cual necesidades y capacidad de oferta, por su proyección sobre una población continuamente en crecimiento, tienden progresivamente a distanciarse, plantea en el orden práctico, en primer lugar, la necesidad de desarrollar los servicios requeridos para llegar a los 123 millones de personas que aún no están cubiertas siquiera con servicios mínimos.

En segundo término, se debe continuar atendiendo, mejorando y adecuando los programas existentes para mantener la acción sobre aproximadamente 180 millones de habitantes que hoy, parcialmente y con limitaciones, reciben algún tipo de atención.²²

En tercer lugar es indispensable iniciar acciones apropiadas para cubrir las necesidades emergentes de aproximadamente 360 millones de nuevos habitantes que se esperan para el año 2000, y cuya

incorporación se produce en forma progresiva diariamente al total de la demanda.

De 1960 a 1970 la proporción de población rural cambió de un 52% a un 44% del total. Para 1980 se espera que esta proporción llegue al 36% y para finales del siglo se estima que alcanzará solo a un 24% del total. Ésta marcada tendencia hacia la localización urbana, alimentada en gran parte por una corriente migratoria masiva del campo a las ciudades, traerá como consecuencia que para finales de siglo tres de cada cuatro latino- americanos habitarán en los centros urbanos. Aproximadamente un 42% de la población de América Latina está por debajo de los 15 años, y aunque globalmente no se esperan cambios significativos en el próximo decenio en cuanto a la estructura por edad, es innegable que la expectativa de vida va en aumento, y en la mayoría de los países ha llegado actualmente a los 60 o los 65 años, mientras que en otros se compara favorable- mente con la de países desarrollados. Esta situación arrastra consigo problemas de salud aún no solucionados y genera nuevas y diferentes demandas de servicio.

2.1.3.3. Cobertura de Atención en Salud en el Perú.

Solís R., Sánchez S., Carrión M., Samatelo, E., Rodríguez Zubiate R., Rodríguez M. (2009) realizan un estudio acerca de la Cobertura de Seguros de Salud en relación con el uso de servicios Médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú donde manifiestan que el acceso a una adecuada seguridad social y a la protección de la salud son dos derechos humanos fundamentales; que sin embargo, a comienzos del siglo XXI, menos del 25%o de la población mundial tenía acceso a una cobertura de seguridad social adecuada.²⁴

²⁴ Solís Risof, Sánchez Sixto E., Carrión Miguel, Samatelo Elga, Rodríguez-Zubiate Rosario, Rodríguez Margarita (2009) "Cobertura de Seguros de Salud en relación con el uso de servicios Médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú", Revista Peruana de Medicina Experimental de Salud pública SCIELO, pág. 136 – 144, Lima, Perú. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200003

El gasto en salud ha sido reconocido como un generador de pobreza, ya que los problemas de salud afectan a millones de personas que no pueden acceder a la asistencia médica, y los gastos generados por asistencia médica afectan significativamente a los hogares. Es por ello que la exclusión de la seguridad social tiene un importante impacto sobre la pobreza y el desarrollo del individuo y su familia.

Hasta el año 2007, en el Perú, el 57,7% de la población no tenía cobertura de salud por ningún tipo de seguro de salud, siendo la seguridad social (Es Salud) y el seguro público estatal denominado Seguro Integral de Salud (SIS) los principales aseguradores, con más de 40% de la población afiliada.

Una de las causas de la baja cobertura en el Perú, es la desigualdad social laboral, que limita el acceso a la seguridad social, constituyéndose dentro de América Latina en uno de los países con programas selectivos duales donde los asegurados eligen entre un sistema público (seguro social) y planes prepago total o principalmente privados.

El sistema de salud peruano se compone así, de cinco subsistemas principales: Ministerio de Salud (MINSA), Es Salud, Sanidades de las Fuerzas Armadas (FF AA) y Fuerzas Policiales e Instituciones Privadas (conocidas como Entidades Prestadoras de Salud o EPS). Este modelo tiene tres grandes segmentos de atención que corresponden a otros tantos grupos sociales. Por un lado la población pobre, no cubierta por Es Salud ni seguros privados o EPS, con problemas de acceso a servicios de salud (básicamente estatales) y por otro lado, la población con capacidad de pago; que a su vez, forma dos grupos: los trabajadores formales, cubiertos por la seguridad social y que se atienden en Es Salud (dependiente del Ministerio de Trabajo), y las clases medias o altas, en su mayoría urbanas, no cubiertas por la seguridad social o no demandantes de servicios de

atención de la seguridad social, que se atienden en el sector privado o tienen cobertura de las EPS.

Este modelo, limita el acceso universal a la salud, pues restringe la cobertura de la seguridad social al sector asalariado formal, concentrado en Lima y las principales ciudades del país y en los sectores de ingresos medios y altos; los sectores más pobres presentan altas tasas de informalidad y desempleo, sumado a modalidades de subcontratación que eluden las regulaciones, limitando la ampliación de la cobertura de la seguridad social en el Perú.²³

El problema de la salud de la población pobre es complejo, pues son los que tienen mayor riesgo de enfermar y, contrariamente, son los que tienen menor probabilidad de acceder a servicios de salud. Se observa que la población de alto riesgo, tiende a no atenderse en un servicio de salud debido a sus bajos ingresos y la carencia de un seguro de salud; por tanto, los pobres no asegurados evitan contactar el sector salud por dos tipos de temor de pérdida económica: (a) gastos de bolsillo (costo monetario) para cubrir la enfermedad y (b) los ingresos que se dejan de percibir por enfermar (costo de oportunidad). Ello profundiza el problema sanitario de este estrato, donde la atención de salud se basa en el autocuidado y en la automedicación, y donde la búsqueda de atención en un servicio formal de salud es generalmente tardía.

Tenemos conocimiento que el modelo de salud, base de los mercados de prestaciones, privados o mixtos conceptúa que el gasto en salud crece mientras que la productividad de los servicios públicos no, planteando que los individuos deberían consumir libremente los servicios de salud en un sistema de competencia. Bajo este modelo se postuló que los países latinoamericanos gastaban mucho y mal en salud; por lo cual se disminuyó progresivamente el gasto en esa área.

Bajo esa premisa, la prioridad fue los sistemas y servicios con sus ineficiencias mucho más que la promoción, prevención y combate a las enfermedades prevalentes.

El Perú, en este contexto, tiene un sistema de seguridad social de salud que alcanza niveles de cobertura por debajo del promedio regional, con altos índices de exclusión. Sin embargo, no sólo existe exclusión del acceso a seguros de salud, sino que los seguros de salud tienen tratos diferenciados, con poblaciones objetivo de diferente condición socioeconómica y con diferentes enfoques de atención en salud.

En este estudio se encontró una cobertura de seguros de salud del 48% similar a lo registrado previamente en países en desarrollo por la OIT (1), este porcentaje es mayor al calculado en el análisis de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida que sólo registraba, en el año 1997, para Lima Metropolitana 35,9% de población, con un seguro de salud (8), así como al proyectado en la Encuesta nacional de Hogares (ENAHOG) donde se tienen 44,4% de la población de Lima asegurada. Donde los porcentajes de afiliación a Es Salud y privados mayores al nivel nacional.²³

Los afiliados a seguros obligatorios de salud como los de las sanidades y Es Salud, fueron los de mayor edad, hallazgo que se relacionaría con la obligatoriedad de estos seguros en los empleados formales y personal militar y policial, donde la edad no es un inconveniente para el desempeño laboral y se tiene afiliados por su condición de pensionistas, mientras que afiliarse al sistema privado es opcional y está restringido a la cobertura de mercado de las aseguradoras.

La productividad laboral de hombres y mujeres no se diferencia y no serviría para realizar el contrato de un trabajador, por lo cual, el acceso a la seguridad social debería ser igual para hombres y mujeres, en relación con ello, si bien la muestra de estudio tiene un mayor número de

mujeres encuestadas, existe un predominio significativo de mujeres en el régimen de subsidio público del SIS que llega a 87,7%, mientras que 66,1% de las personas entrevistadas sin seguro son mujeres, 60,5% de los de Es Salud y 58,4% de los sistemas privados, lo cual podría indicar un menor acceso al servicio de seguridad social en salud.

La condición de afiliado a determinado subsistema de salud evidencia una segmentación socioeconómica.

Así, encontramos que los sistemas de seguro privados y los de las sanidades parecen estar orientados hacia la población más capacitada e instruida, que se evidencia en el alto porcentaje de entrevistados de estos seguros con educación superior (mayor al 50%).

Situación distinta se registra con la población que tiene características de pobreza, mensurada por tres dimensiones consideradas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) como son la disponibilidad de agua potable, el hacinamiento y el sistema de eliminación de excretas (desagüe), así como el tipo de combustible usado para cocinar, que como es de esperar, los afiliados al SIS son los que menos acceso tienen a servicios básicos y sufren de más hacinamiento, los entrevistados sin seguro presentaron el mayor nivel de hacinamiento y un mayor acceso a servicios de agua y desagüe que la población afiliada al SIS; sin embargo, el acceso a servicios es significativamente menor a la de los entrevistados que pertenecen al sistema de seguros del sistema privado, sanidades y Es Salud.²³

Los entrevistados sin seguro de salud, son una muestra heterogénea, donde 41,6% tenía trabajo independiente, dicha muestra incluye profesionales y técnicos independientes, comerciantes, amas de casa, entre otros; mientras que los afiliados al SIS representan a la población pobre, que a la vez tiene una similitud a la muestra de entrevistados sin seguro, lo cual podría indicarla falta de penetración de este

seguro de salud subsidiado, en la población de escasos recursos; por otro lado, llama la atención que los asegurados al SIS tengan una mejor percepción de su estado de salud que las personas sin seguro, lo que podría estar traduciendo la presencia de mala percepción por falta de cobertura de salud.

En relación con las preferencias de atención en salud, las personas sin seguro o afiliadas al SIS presentaron una mayor tendencia a no recibir atención médica y acudir a las farmacias, lo que estaría asociado con el fenómeno de automedicación, que puede constituirse en un agravante de su situación de salud; los asegurados a Es Salud tienen una mejor predisposición a recibir atención médica pero menor que la de la población de sanidades y seguros privados - EPS.²³

En ese sentido, cuando la población requiere atenderse por un médico, es el MINSA el sistema que tiene la mayor demanda, hecho ya evidenciado en la Encuesta Nacional de Hogares donde el primer lugar de atención de salud son los establecimientos del MINSA con 17,8% seguido de las farmacias con 11,7%. Algo similar mencionan Madueño y Sanabria quienes encontraron que 88% de los usuarios no asegurados se orientan hacia los servicios prestados por el MINSA y 37% de asegurados se atendían en el MINSA, en nuestro estudio tenemos que 13,2% de asegurados de sanidades y 14,7% de asegurados al sistema privado, acuden a un centro médico u hospital del MINSA, mientras que los asegurados a Es Salud prefieren atenderse en el MINSA en 53,9%, la persistencia de esa preferencia por el sistema público parece traducir las limitaciones de atención en Es Salud.

La mayor preferencia de atención por un médico está asociada con tener un seguro de salud privado o EPS, lo que estaría traduciendo las mejores posibilidades de acceso a servicios de salud de la población que tiene mejores niveles de vida e ingreso, tendencia ya evidenciada en el estudio de cuentas nacionales, donde la “no posibilidad de

atenderse” tiene tendencia a disminuir progresivamente entre los años 2003 a 2005 para el quintil de mejores ingresos.

La percepción de la salud ha sido considerada como un buen predictor de mortalidad, cuando se pregunta por la percepción que tienen los entrevistados de su estado actual de salud, hay una mejor percepción de su estado de salud por los afiliados al sistema Privado - EPS, situación que parece relacionarse con las mejores condiciones de vida, considerando que diversos estudios han demostrado que la calidad del cuidado de salud y el estado de salud se relacionan con las condiciones de vida, nivel de ingresos y origen étnico, además que comparativamente se observa una mayor oportunidad a la atención médica que posiblemente contribuya a mejorar la percepción de la salud.²³

Asimismo, llama la atención el bajo porcentaje de percepción de la salud “excelente” o “muy buena” de los asegurados al SIS y Es Salud, menor aun que la de las personas sin seguro, situación que merece una mayor evaluación de los condicionantes y modos de vida de este tipo de encuestados. Comparativamente con los resultados de ENAHO de los últimos años, encontramos que el grupo que refiere “no buscar” atención de salud es muy reducido en nuestro estudio pues llega a 3,6%, mientras que en ENAHO 2007 registraba, para el país, hasta 57,6% , es posible que tal diferencia sea porque la población evaluada fue urbana, que no tiene las limitaciones de acceso geográfico o de oportunidad de las poblaciones rurales o urbano marginales; además, del tipo de pregunta que en nuestro caso fue directa y no fue limitada al último año.

Los sistemas de salud y las políticas públicas influyen en las desigualdades sociales y en la salud, cuando estos sistemas crean barreras económicas para el acceso a los servicios de salud, se aumentan las desigualdades sociales, por lo cual, considerar a dichos servicios como mercancías, basadas en las leyes de la oferta y la demanda, sin contemplar las respuestas a los factores sociales del proceso salud-enfermedad, puede

impedir reconocer necesidades de salud de las poblaciones vulnerables; afianzando más las desigualdades.

Esta situación que parece ser la del sistema peruano, por lo cual el papel regulador del Estado es fundamental y prioritario, ya que cumple una función clave para garantizar una gobernanza adecuada, debiendo fomentarse un sistema con la inclusión de las personas y la adopción de métodos de financiación que cubran las prestaciones de salud para toda la población. Ante ello, la promoción del sistema de cuidado universal de salud es una estrategia viable para reducir las disparidades, en aras de lograr la disminución de las inequidades de acceso a salud, haciéndola una prioridad de la política de salud de modo similar a otros países.

Dentro de las limitaciones del estudio tenemos, la limitada evaluación de determinantes de salud (ingresos, condiciones de trabajo, etc.), así como la tendencia a entrevistas de personas de sexo femenino, hecho que podría estar produciendo sesgos en algunas variables.

Encontramos indicios de segmentación socio económico de los sistemas de cobertura de seguros de salud, con alta preferencia de atención en farmacias - boticas por los entrevistados sin seguros o afiliados al seguro público (SIS). La condición de afiliado a un sistema privado - EPS se asocia con una mejor percepción individual del estado de salud.

Es necesaria la promoción y regulación de un sistema de salud que sea accesible a toda la población y satisfaga sus necesidades básicas de salud.

2.1.3.4. SALUD MENTAL

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS (2007) define a la salud mental como no sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente

de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental.²³

Aún más reducidos son los fondos disponibles para la promoción de la salud mental, expresión amplia que abarca toda una serie de estrategias destinadas a lograr resultados positivos en materia de salud mental. El desarrollo de los recursos y las capacidades de la persona y la mejora de la situación socioeconómica figuran entre los objetivos de esas estrategias.

La promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez.

2.1.3.4.1. Salud Mental y Derechos Humanos.

Sabemos que a nivel mundial los enfermos mentales están expuestos a una amplia gama de violaciones de los derechos humanos. La estigmatización hace que a menudo sean aislados y

no reciban los cuidados que necesitan. En algunas comunidades son expulsados, abandonados sin comida y semidesnudos o en harapos, atados y apaleados.

Poco mejores suertes tienen los pacientes de muchos hospitales mentales, inmovilizados con grilletes metálicos, confinados en camas-jaula, privados de ropa, de una cama decente, de agua potable o de instalaciones sanitarias adecuadas, desatendidos o maltratados.

Los enfermos mentales también tienen que enfrentarse diariamente a la discriminación en la educación, el empleo y la vivienda. En algunos países incluso se les prohíbe que voten, se casen o tengan hijos, ante dichas situaciones la OMS plantea diversas estrategias para evitar la violación de derechos humanos, citando las siguientes:²⁵

- Cambiando las actitudes y aumentando la concienciación. Los Ministerios de Salud, los grupos de usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares, los profesionales sanitarios, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones universitarias, las organizaciones profesionales y otros interesados deberían unir sus fuerzas para educar a la población y cambiar sus actitudes hacia las enfermedades mentales, además de abogar por los derechos de los enfermos mentales.
- Mejorando los derechos humanos en los servicios de salud mental. Se deben crear mecanismos de vigilancia de los derechos humanos para proteger a los pacientes del trato inhumano y degradante, de las malas condiciones de vida y de los ingresos y tratamiento involuntarios inapropiados y arbitrarios. Los pacientes también deben tener acceso a mecanismos de reclamación en caso de violación de sus derechos humanos.

²⁵ Organización Mundial de la Salud – OMS (2004), Promoción de la Salud Mental Concepto, Evidencia emergente, Práctica .Informe Compendiado, Ginebra: Centro de Prensa OMS- . Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf/

- Dando poder efectivo a los usuarios de los servicios de salud mental y a sus familiares. Los gobiernos deben apoyar la creación o fortalecimiento de las organizaciones de usuarios de los servicios de salud mental y de sus familiares. Dichos grupos se encuentran en la mejor posición para señalar los problemas, explicar sus necesidades y contribuir a encontrar soluciones para mejorar la salud mental en los países, por lo que tienen una función esencial que desempeñar en el diseño y aplicación de las políticas, planes, leyes y servicios.
- Sustituyendo las instituciones psiquiátricas por la atención en la comunidad. Las grandes instituciones, tan a menudo asociadas a violaciones de los derechos humanos, deben ser sustituidas por centros comunitarios de salud mental, apoyados por camas de hospital para pacientes psiquiátricos en los hospitales generales y la atención domiciliaria.
- Aumentando la inversión en salud mental. Los gobiernos tienen que dedicar una mayor proporción de sus presupuestos sanitarios a la salud mental. Además, es necesario desarrollar y formar a más profesionales de la salud mental con el fin de asegurar que la población tenga acceso a servicios de salud mental de calidad en todos los niveles del sistema de atención sanitaria.²⁴
- Adoptando políticas, leyes y servicios que fomenten los derechos humanos. Los países deben poner en práctica políticas, leyes y servicios de salud mental que fomenten los derechos de los enfermos mentales, les den poder efectivo para hacer elecciones sobre su vida, les proporcionen protección legal y les aseguren su plena integración y participación en la comunidad.
- Asimismo la OMS ha iniciado un programa mundial de acción para ayudar a los países a elaborar y aplicar políticas, planes y legislaciones

de salud mental coherentes e integrales y a asegurar la disponibilidad de servicios de salud mental a nivel comunitario. Esto incluye el desarrollo de los recursos humanos en la esfera de la salud mental.

2.2. MARCO CONCEPTUAL:

Calidad.

Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.

Determinantes.

Que sirve principalmente para limitar la extensión del nombre a entidades identificables por los interlocutores. Que constituye la causa que determina o decide algo que se considera importante.

Niveles.

Medida de una cantidad con referencia a una escala determinada.

Establecimiento.

Fundación, institución o erección. Lugar donde habitualmente se ejerce una actividad.

Cobertura.

En términos generales se considera como cobertura el número de habitantes que tienen acceso a un cierto servicio de salud. En el marco de esta definición el riesgo que se corre es el de solamente mencionar estadísticamente el número de habitantes que están en contacto potencial con el servicio de salud, pero queda el interrogante si en verdad se está dando solución a los problemas de salud, por lo que se hace necesario considerar otros elementos que van más allá del simple número de habitantes que tienen acceso al servicio como ser: Infraestructura del servicio, tipo de demanda y capacidad de resolución, posibilidades reales de

acceso, posibilidades de derivación a otros niveles de mayor complejidad, acceso a medicamentos siendo también de mucha importancia la situación geográfica: la población que habita en zonas urbanas tienen acceso a los diferentes niveles de atención y pueden transitar desde el nivel primario (poco sofisticado) hasta el nivel terciario (hospital de concentración) pero no es lo mismo la cobertura que brinda un centro de salud en zonas rurales dispersas.

Salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social. Es decir, el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones sino que va más allá de eso. En otras palabras, la idea de salud puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo a escala micro (celular) y macro (social).

Salud mental.

La salud mental es una construcción social que puede variar de un contexto a otro, dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social (que puede ser tan extenso como una nación o tan reducido como una familia), lo cual influirá directamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a un determinado grupo.

Pacientes.

El paciente es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud. La palabra paciente es de origen latín “patiens” que significa “sufriente” o “sufrido”.

Servicios de salud.

Los servicios de salud, por lo tanto, son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas.

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1. Hipótesis General:

Existe un alto grado de relación entre los determinantes del Nivel de Calidad y la cobertura de la Atención en Salud Mental en los Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de Lambayeque: Centro de Salud Toribia Castro, Túcume, Jayanca, Salas, Motupe, Olmos y Cañaris – del Ministerio de Salud - 2015.

2.3.2. Hipótesis Específicas

- La Determinante del Nivel de calidad correspondiente a las dimensiones Técnico - Científicas de la Calidad tienen un alto grado de relación con la Atención de Salud Mental en los Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de Lambayeque - MINSA – 2015,.
- La Determinante del Nivel de calidad correspondiente a la dimensión Humana guarda un alto grado de relación con la Calidad de Atención en Salud Mental en los Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de Lambayeque - MINSA - 2015.
- La Determinante del Nivel de calidad correspondiente a la dimensión del entorno genera un alto grado de relación con la Calidad de la Atención en Salud Mental en los Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de Lambayeque - MINSA - 2015.

2.4. VARIABLES:

2.4.1. Identificación de Variables

Variable independiente:

DETERMINANTES DE LA CALIDAD

Variable dependiente:

COBERTURA DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

2.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES

2.5.1. Variable Independiente: Determinantes de la Calidad.

- **Definición Conceptual :**

Es el nivel de excelencia que la empresa ha escogido lograr para satisfacer a su clientela clave, así mismo cada nivel de excelencia debe responder a cierto valor que el cliente está dispuesto a pagar, en función a sus deseos y sus necesidades, este nivel de excelencia, debe mantenerse en todo momento y en todo lugar. (Horovitz J. 1990 -1991)³²

- **Definición operacional**

Son aquellas características y rasgos que tiene un producto o servicio con la finalidad de satisfacer todas las necesidades y expectativas del cliente.

2.5.2. Variable Dependiente: Cobertura de la Atención en Salud Mental

- **Definición Conceptual:**

Es el resultado de la oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos da salud que satisfagan las necesidades de toda la población. (OPS) ³³

Grado de disponibilidad y capacidad que tiene un servicio médico a través de instituciones de salud, referido a la proporción entre el número de habitantes y recursos humanos así como también los recursos materiales, que se brinda desde hospitales especializados, clínicas o consultorios hasta camas por hospital.(Rodríguez, 1992; Garrocho, 1995; Nájera 1996; Laurell y Ruiz, 1996)³⁴

- **Definición Operacional:**

Relación entre la población con acceso a servicios de salud y la que necesita de ellos.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

En este rubro se descompone o desagrega metodológica y deductivamente, las variables que componen el problema de investigación, partiendo desde lo más general a lo más específico.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS
VARIABLE INDEPENDIENTE CALIDAD	Es el nivel de excelencia que la empresa ha escogido lograr para satisfacer a su clientela clave, así mismo cada nivel de excelencia debe responder a cierto valor que el cliente está dispuesto a pagar, en función a sus deseos y sus necesidades, este nivel de excelencia, debe mantenerse en todo momento y en todo lugar.	Es la totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio que se sustenta en su habilidad para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente, y cumplir con las especificaciones con la que fue diseñado.	- Dimensión Técnico-Científica - Dimensión Humana - Dimensión del Entorno	- Competencia Profesional - Eficacia - Eficiencia - Continuidad - Seguridad - Accesibilidad - Satisfacción del cliente - Comodidades	Cuestionario para medir el nivel de calidad de la atención en Salud mental en Establecimientos de Salud
VARIABLE DEPENDIENTE COBERTURA DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	Es el resultado de la oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos de salud que satisfagan las necesidades de toda la población. Grado de disponibilidad y capacidad que tiene un servicio médico a través de instituciones de salud referido a la proporción entre el número de habitantes y recursos humanos así como también los recursos materiales que se brinda desde hospitales especializados clínicas o consultorios hasta camas por hospital.	Es la relación que existe entre la población con acceso a servicios de salud y la que necesita de ellos.	- Disponibilidad - Protección	- Recursos humanos - Recursos materiales - Personas atendidas.	Guía de análisis para medir la cobertura de la atención en salud mental en los E.E.S.S. del I Nivel de atención

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación, por su naturaleza corresponde a un tipo de investigación Descriptivo. Por su función este estudio es Básico. Sampieri (2006). Explica que los estudios descriptivos indagan la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población en estudio.

Descriptiva:

Este estudio se define como descriptivo puesto que cada variable, vale decir Calidad y Cobertura de la atención en salud mental, se estudió mediante la recolección y medición de las mismas, se trató de especificar, los perfiles, características, propiedades, entre otros.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN / CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El diseño asumido en el presente estudio es No – Experimental

Son estudios que se realizaron fueron sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para después de analizarlos.

Dónde:

M = Muestra.

O₁ = Variable Independiente

O₂ = Variable Dependiente

r = Relación de las variables de estudio

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. La Población

La población en estudio estará constituida por 3 891 pacientes atendidos en los 07 establecimientos de Salud pertenecientes a la Red de Salud Lambayeque de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque.

CUADRO N° 02

**CUADRO DE DISTRIBUCION DE LA POBLACION ATENDIDA EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD LAMBAYEQUE
– MINSA 2015**

N°	TIPO	ESTABLECIMIENTO	NIVEL	USUARIOS		
	EE.SS	DE SALUD		N = 3891	Fracción de Muestreo	n = 350
01	CS	TORIBIA CASTRO	I -4	1285	0.0416472	116
02	C.S.	TUCUME	I -3	210	0.0416472	19
03	CS	JAYANCA	I -4	1143	0.0416472	103
04	CS	SALAS	I -3	152	0.0416472	14
05	CS	MOTUPE	I -4	662	0.0416472	59
06	CS	OLMOS	I -3	361	0.0416472	32
07	CS	KAÑARIS	I -2	74	0.0416472	7
	TOTAL			3 891	0.0416472	350

Fuente: Oficina de Estadística de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque.

Fecha: 2015

3.3.2. Muestra

La muestra La muestra en estudio estuvo constituida por 368 pacientes atendidos en los servicios de salud Mental en los 07 establecimientos de Salud.

3.3.3. Técnica de Muestreo

La muestra fue seleccionada de manera aleatoria simple, utilizando la técnica de Fracción de Muestreo.

Para calcular la muestra se aplicó la siguiente fórmula para estudios finitos.

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

Dónde:

N= Es el total de la población = 3891

p= 0.50

q = 0.50
 Z= Nivel de confianza al 95% = 1.96
 e= Error 0.1

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 3891}{0.1^2 (3891 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 350$$

Utilizando un nivel de confianza de 95% y un error de estimación de 5 % para una población de 3891 individuos se ha obtenido muestra equivalente a 350 individuos para recopilar la información necesaria que se requiere en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Trabajadores.
- Pacientes de otras redes de salud.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con atención permanente en Servicios de Salud Mental.

3.4. MATERIALES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.4.1. Materiales.

De escritorio:

Lapiceros, papel bond, regla.

De investigación:

Libros, CAP de las redes de servicio de salud Lambayeque, cámara fotográfica.

3.4.2. Técnicas.

En el estudio se han utilizado las técnicas de gabinete y las técnicas de campo.

Dentro de la técnica de gabinete se ha utilizado el fichaje y dentro de esta ultima las diferentes fichas que a continuacion se describen:

- **El Fichaje**

Permitió fijar conceptos y datos relevantes, mediante la elaboración y utilización de fichas para registrar, organizar y precisar aspectos importantes considerados en las diferentes etapas de la investigación. Las fichas utilizadas fueron:

- **Fichas de Resumen:**

Fueron utilizadas en la síntesis de conceptos y aportes de diversas fuentes, para que sean organizados de manera concisa y pertinentemente en estas fichas, particularmente sobre contenidos teóricos y antecedentes consultados.

- **Fichas Textuales:**

Sirvieron en la investigación para la transcripción literal de contenidos, sobre su versión bibliográfica o fuente informativa original.

- **Fichas Bibliográficas:**

Se utilizaron permanentemente en el registro de datos sobre las fuentes recurridas y que se consulten, para llevar un registro de aquellos estudios, aportes y teorías que darán el soporte científico correspondiente a la investigación.

Dentro de la técnicas de campo se ha utilizado la encuesta por cuestionario para el recojo de la información.

Los Método de investigación que se han empleado para el presente trabajo de investigación es el Método deductivo e inductivo.

a. Método deductivo.

El método deductivo es aquél que parte los datos generales aceptados como valederos, para deducir por medio del razonamiento lógico, varias suposiciones, es decir; parte de verdades previamente establecidas como principios generales, para luego aplicarlo a casos individuales y comprobar así su validez.

Se puede decir también que el aplicar el resultado de la inducción a casos nuevos es deducción.

b. Método inductivo.

El método inductivo o inductivismo es aquel método científico que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos para su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación.

c. Método lógico inductivo:

Ya que través del razonamiento, el cual parte de casos particulares, permitió se eleve a conocimientos generales.

d. El método histórico:

Estuvo vinculado al conocimiento de las distintas etapas del objeto de estudio, se utilizó para conocer la evolución y desarrollo de dicho objeto de investigación e identificar las etapas principales de su desenvolvimiento y las conexiones históricas fundamentales.

e. Hipotético- deductivo.

Fue utilizado para proponer la hipótesis como consecuencia de las inferencias del conjunto de datos empíricos que constituyeron la investigación y a la vez al arribar a las conclusiones a partir de la posterior contrastación hecha de las mismas.

3.5. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

3.5.1. Cuestionario:

Se utilizó una encuesta por cuestionario para medir el nivel de calidad de la atención en Salud mental en Establecimientos de Salud: este instrumento permitió recoger información respecto a los determinantes del nivel de calidad de la atención en Salud Mental, desde la perspectiva de los usuarios del área de salud mental de 07 establecimientos de salud de la red de salud Lambayeque, dicho instrumento consta de 22 ítems enmarcados en los criterios considerados en la operacionalización de variables, que abordaron las tres dimensiones de la calidad de la atención de salud (humana, técnica y del entorno) y que cuenta con una amplitud de escala de cinco categorías, asignándose para la calificación un puntaje de 4, 3, 2, 1 y 0 para las escalas de siempre, frecuentemente, algunas veces, raras veces y nunca, respectivamente. Dicho instrumento, fue diseñado por la autora bajo la orientación firme de la docente Asesora.

Por otro lado se utilizó una Guía de análisis para medir la cobertura de la atención en salud mental en los E.E.S.S. del I Nivel de atención: Cuyo objetivo permitió recoger, evaluar y medir la cobertura de la atención en salud mental, en 07 establecimientos de salud de la red de salud Lambayeque, desde la perspectiva de los profesionales que brindan dicha atención (médicos y psicólogos) en función a la población asignada por cada establecimiento de salud, este instrumento estuvo constituido de 12 ítems que permitió obtener información confiable sobre dicha variable. Ambos instrumentos han sido validados por juicio de expertos, conocedores de la materia.

Procedimiento del diseño de los instrumentos

Ambos instrumentos, fueron diseñados teniendo en cuenta el siguiente procedimiento:

1. Se partió tomando en cuenta las variables a medir (Calidad y Cobertura de la atención)
2. Se revisó la definición conceptual a fin de una comprensión y conocimiento de las dimensiones a operacionalizar en las variables.
3. Se revisó la definición operacional a fin de elaborar los ítems respectivos.
4. Se indicó el nivel propuesto de medición del instrumento con una escala que comprenderá el mínimo valor 0 y al máximo valor 35.
5. Su validación se realizó a través de la opinión de “juicio de expertos”.

Procedimiento para establecer la validez y confiabilidad de los instrumentos:

La validez de los instrumentos se realizó a través de juicio de expertos que implicó lo siguiente:

- Se remitió el instrumento (cuestionario) a profesionales en Salud Mental (Psicólogo y/o psiquiatra) y expertos en el área de Gestión de la Calidad y Servicios de Salud de la Gerencia Regional de Salud, quienes procedieron a revisarlo y formular sus respectivas observaciones y aportes.
- Se ajustaron los instrumentos sobre la base del juicio de expertos, poniéndose a punto para su aplicación.
- Se expidió nuevamente los instrumentos reestructurados a los expertos, quienes determinaron su validez de contenido del mismo, refrenado su opinión con sus respectivas firmas.

La confiabilidad del test se determinó mediante la utilización de la prueba piloto que siguió el siguiente procedimiento:

1. Se aplicó por primera vez el instrumento a una muestra similar a la del estudio.

2. Para determinar la escala de valores o puntajes se tuvo en cuenta, la media aritmética y la dispersión, así como el nivel de equivalencia (regla de 3 simple), y bajo el índice de correlación establecido mediante la fórmula de Pearson, obteniéndose una relación alta se confirmó la confiabilidad del instrumento.
3. El instrumento de medición (IM) original tuvo una longitud de 22 ítems y una amplitud de escala de cinco categorías, asignándose para la calificación un puntaje de 4, 3, 2, 1 y 0 para las escalas de siempre, frecuentemente, algunas veces, raras veces y nunca, respectivamente.
4. Los valores finales de presentación de la escala final se resumieron en tres categorías ordinales: Categoría satisfecho (siempre y frecuentemente), medianamente satisfecho (algunas veces); e insatisfecho (rara veces y nunca).

TABLA DE ESPECIFICACIONES

VARIABLE	INSTRUMENTO	BAREMO
Calidad	Cuestionario para medir el nivel de calidad de la atención en Salud mental en Establecimientos de Salud	<u>Nivel de calidad</u> Satisfecho (siempre y frecuentemente), Medianamente insatisfecho(algunas veces) Insatisfecho (rara veces y nunca)
Cobertura de la atención	Guía de análisis para medir la cobertura de la atención en salud mental en los E.E.S.S. del I Nivel de atención	<u>Nivel de Cobertura</u> Alto (22 – 30 puntos) intermedio (15 – 21 puntos) Bajo (0 – 14 puntos)

PARA EL INSTRUMENTO N° 01:

CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN **SALUD** MENTAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (E.E.S.S.)

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ITEMS Y/O PREGUNTA
VARIABLE INDEPENDIENTE CALIDAD	▪ Dimensión Técnico-Científica	▪ Competencia Profesional	▪ 4,7,8,9
		▪ Continuidad	▪ 10,13,14
		▪ Seguridad	▪ 11
	▪ Dimensión Humana	▪ Accesibilidad	▪ 1,2,3,5
		▪ Satisfacción del cliente	▪ 12,15, 22
	▪ Dimensión del Entorno	▪ Comodidades	▪ 6, 16, 17, 18, 19, 20, 21

PARA LA MEDICIÓN DEL INSTRUMENTO N° 02:

GUIA DE ANALISIS PARA MEDIR LA COBERTURA DE LA ATENCION EN SALUD MENTAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (E.E.S.S.) DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION.

Los valores asignados serán:

N°	ITEMS	VALOR ASIGNADO	PUNTAJE
01	N° de Médicos que atienden casos de Salud Mental	0 Médicos = 0 De 1 a 2 Médicos = 2 De 3 Médicos a más = 4	Mínimo = 0 Máximo= 4
02	El E.E.S.S. cuenta con stock de medicamentos para Salud Mental	SI = 1 NO = 0	Mínimo = 0 Máximo= 1
03	Medico recibe	SI = 1	Mínimo = 0

	capacitaciones en Salud Mental	NO = 0	Máximo= 1
04	Nº de Psicólogos que atienden casos de salud mental	0 Psicólogos = 0 De 1 a 2 Psicólogos = 2 De 3 Psicólogos a más = 4	Mínimo = 0 Máximo= 4
05	Nº de internos de Psicología que apoyan en la atención de salud mental	0 Internos de Psicología = 0 De 1 a 2 Internos de Psicología = 2 De 3 Internos de Psicología a más = 4	Mínimo = 0 Máximo= 4
06	Cuenta con Pruebas e instrumentos psicológicos para la atención en salud mental	SI = 1 NO = 0	Mínimo = 0 Máximo= 1
		AREAS: (Lista de chequeo que verificara si cuenta con el instrumento se le colocara 1 punto , si no cuenta con el instrumento 0) Personalidad = 0 - 1 Inteligencia = 0 - 1 Organicidad = 0 - 1 Dinámica familiar = 0 - 1 Estado Emocional = 0 - 1 Ámbito Social = 0 - 1 Tamizaje VIF = 0 - 1 Tamizaje SRQ-18 = 0 - 1 Tamizaje AUDIT= 0 – 1	Mínimo = 0 Máximo= 9
07	Cuenta con Guía Práctica Clínica para la atención en salud mental	SI = 1 NO = 0	Mínimo = 0 Máximo= 1
08	Psicólogos reciben capacitaciones en Salud Mental	SI = 1 NO = 0	Mínimo = 0 Máximo= 1
09	Cuenta con Cuaderno de Registro en Salud Mental	SI = 1 NO = 0	Mínimo = 0 Máximo= 1
10	El SIS cobertura atenciones en Salud Mental	SI = 1 NO = 0	Mínimo = 0 Máximo= 1
11	Nº de atendidos en Salud Mental en el E.E.S.S.	Menos de 1000 atenciones = 1 Más de 1000 atenciones = 2	Mínimo = 1 Máximo= 2
		TOTAL	30 puntos

3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS Y REPRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS, versión 22 para Windows.

Los datos procesados se presentan para su mayor apreciación en tablas.

Dichos datos se sistematizaron con estadígrafos de la estadística descriptiva, tal como:

- **Frecuencia Porcentual:**

$$h_1 = \frac{f_i}{n} \times 100$$

- **Medida aritmética ($\bar{x}$)** Utilizada en la obtención del promedio de los datos de la muestra.

$$\bar{x} = \frac{\sum f_i \cdot x_i}{n}$$

Dónde:

$\bar{x}$ = Promedio o media aritmética

$\sum$ = Sumatoria

F_i = Frecuencia

X_i = Valores obtenidos de cada uno de los datos

n = muestra o número de datos

- **Índice o coeficiente de correlación:** Fórmula de Pearson. Se utilizó para agrupar los valores de ambas variables y obtener el índice de correlación que permitió determinar el grado de correlación.



$$r = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

Dónde:

r = Coeficiente de relación

$\sum xy$ = Sumatoria de los productos de los valores de “X” e “Y”

n = muestra

$\sum x^2$ = Sumatoria de los valores de la variable “x” al cuadro

$\sum y^2$ = Sumatoria de los valores de la variable “y” al cuadrado

- **Interdependencia establecida por “r”**

VALOR DE COEFICIENTE DE A:		INTERPRETACIÓN
	± 1.00	Correlación Perfecta (Positiva o negativa)
± 0.90	± 0.99	Correlación muy alta (positiva o negativa)
± 0.70	± 0.89	Correlación alta (positiva o negativa)
± 0.40	± 0.69	Correlación moderada (positiva o negativo)
± 0.20	± 0.39	Correlación baja (positiva o r
± 0.01	± 0.19	Correlación muy baja (positiv
± 0.00		Correlación nula

CAPÍTULO IV

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

4.1.1. RESULTADOS.

Tabla cruzada Establecimiento de salud*recodificación nivel calidad 02
Recuento

		recodificación nivel calidad 02		
		Satisfecho	Medianamente insatisfecho	Total
Establecimiento de salud	C.S. Jayanca	103	0	103
	C.S. Kañaris	7	0	7
	C.S. Tucume	19	0	19
	C.S. Motupe	58	1	59
	C.S. Olmos	32	0	32
	C.S. Salas	14	0	14
	C.S. Toribia Castro	115	1	116
Total		348	2	350

Categorías del Nivel de Cobertura

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	4	57,1
Intermedio	2	28,6
Alto	1	14,3
Total	7	100,0

Tabla cruzada Establecimiento de salud* Categorías del Nivel de Cobertura
Recuento

		Categorías del Nivel de Cobertura			Total
		Bajo	Intermedio	Alto	
Establecimiento de salud	C.S. Jayanca	0	1	0	1
	C.S. Kañaris	1	0	0	1
	C.S. Tucume	1	0	0	1
	C.S. Motupe	0	1	0	1
	C.S. Olmos	1	0	0	1
	C.S. Salas	1	0	0	1
	C.S. Toribia Castro	0	0	1	1
Total		4	2	1	7

Tabla N° 01: Nivel de Calidad de la Atención en Salud Mental en 07 Establecimientos de Salud de la Red Lambayeque

Establecimiento de Salud	Nivel de Calidad				Total	%
	Satisfecho	%	Medianamente satisfecho	%		
C.S. Jayanca	103	29	0	0	103	29
C.S. Kañaris	7	2	0	0	7	2
C.S. Tucume	19	5	0	0	19	5
C.S. Motupe	58	17	1	0	59	17
C.S. Olmos	32	9	0	0	32	9
C.S. Salas	14	4	0	0	14	4
C.S. Toribia Castro	115	33	1	0	116	33
Total	348	99	2	1	350	100

Fuente: Cuestionario

Fecha: 2015

INTERPRETACIÓN:

De los usuarios de Salud Mental de 07 establecimientos de Salud de la Red Lambayeque, 348 opinaron que el Nivel de Calidad es Satisfecho con un porcentaje del 99% y solo 02 opinaron que el Nivel de Calidad es Medianamente Satisfecho con un porcentaje de 1%.

Tabla N° 02: Nivel de Cobertura de la Atención en Salud Mental en 07 Establecimientos de Salud de la Red Lambayeque

Establecimiento de Salud	Nivel de Cobertura de la Atención						Total	%
	Bajo	%	Intermedio	%	Alto	%		
C.S. Jayanca	0	0	1	14	0	0	1	14
C.S. Kañaris	1	14	0	0	0	0	1	14
C.S. Tucume	1	14	0	0	0	0	1	14
C.S. Motupe	0	0	1	14	0	0	1	14
C.S. Olmos	1	14	0	0	0	0	1	14
C.S. Salas	1	14	0	0	0	0	1	14
C.S. Toribia Castro	0	0	0	0	1	14	1	14
Total	4	57	2	29	1	14	7	100

Fuente: Cuestionario

Fecha: 2015

INTERPRETACIÓN:

Desde la perspectiva de los profesionales que brindan atención en Salud Mental en 07 establecimientos de Salud de la Red Lambayeque, 57% indicaron que el Nivel de Cobertura de la atención en Salud Mental es Bajo, 29% indico que el Nivel de Cobertura de la atención en Salud Mental es Intermedio y solo 1% indico que el nivel de cobertura de la atención en salud Mental es Alto.

DIMENSION HUMANA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Medianamente Satisfecho	79	22,6	22,6	22,6
	Satisfecho	271	77,4	77,4	100,0
	Total	350	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario

Fecha: 2015

INTERPRETACIÓN:

De los usuarios de Salud Mental de 07 establecimientos de Salud de la Red Lambayeque, Dentro de la Dimensión Humana el 77.4% indicó que el Nivel de Calidad es Satisfecho y el 22.6% indicó que el Nivel de Calidad es Medianamente Satisfecho.

DIMENSION ENTORNO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Medianamente Satisfecho	2	,6	,6	,6
	Satisfecho	348	99,4	99,4	100,0
	Total	350	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario

Fecha: 2015

INTERPRETACIÓN:

De los usuarios de Salud Mental de 07 establecimientos de Salud de la Red Lambayeque, Dentro de la Dimensión Entorno el 99.4% indicó que el Nivel de Calidad es Satisfecho y solo el 0.6% indicó que el Nivel de Calidad es Medianamente Satisfecho.

		DIMENSION TECNICO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Medianamente Satisfecho	76	21,7	21,7	21,7
	Satisfecho	274	78,3	78,3	100,0
	Total	350	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario

Fecha: 2015

INTERPRETACIÓN:

De los usuarios de Salud Mental de 07 establecimientos de Salud de la Red Lambayeque, Dentro de la Dimensión Técnico el 78.3% indicó que el Nivel de Calidad es Satisfecho y el 21.7% indicó que el Nivel de Calidad es Medianamente Satisfecho.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- En cuanto a la relación de las determinantes en el nivel de calidad en su dimensión Técnico-científica (Competencia Profesional, eficacia, eficiencia, continuidad, y seguridad); el 78.3% indicaron sentirse **SATISFECHO** y el 57% indicaron que el Nivel de Cobertura en la atención en Salud Mental en los Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de Lambayeque - MINSA- 2015. Es **BAJO**.
- El 77.4% de los usuarios que reciben atención en Salud Mental en los 07 establecimientos de la Red Lambayeque señalo estar **SATISFECHO** con el nivel de calidad dentro de la Dimensión Humana (Accesibilidad, satisfacción del cliente), con nivel de cobertura **BAJO** en la atención de Salud Mental en los Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de Lambayeque - MINSA- 2015.
- El 99.4% de los usuarios que reciben atención en Salud Mental en los 07 establecimientos de la Red Lambayeque señalo estar **SATISFECHO** con la determinante en el nivel de Calidad de la dimensión del Entorno (Comodidad), y el nivel de cobertura **BAJO** en la atención de Salud Mental en los Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de Lambayeque - MINSA- 2015.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Los Jefes de los establecimientos de salud conjuntamente con la Red de Salud Lambayeque y la Gerencia Regional de Salud Lambayeque, deben gestionar la inclusión en la Cartera de Servicios el Servicio de Psicología como parte integral de los servicios de salud en la atención primaria ampliando de esta manera la cobertura de atención para los pacientes con problemas de trastornos en Salud Mental.
- Los coordinadores del Programa Salud Mental de la Red Lambayeque deben implementar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad respecto a los Procesos de Atención al usuario, para fortalecer y mantener el Nivel de Calidad de atención en Salud Mental satisfactorio en todos los establecimientos del primer nivel de atención.
- Los Profesionales psicólogos de la Red Lambayeque deben Planificar, Organizar y Dirigir intervenciones multidisciplinarias frente a las necesidades que presentan las personas con problemas y/o trastornos en Salud Mental, con enfoque individual, familiar y comunitario.
- Los Profesionales de la Salud Mental deben velar por que los Planes Operativos Institucionales en todos los establecimientos de salud de la Red Lambayeque incluyan acciones estratégicas enfocadas a la sensibilización, empoderamiento y entrenamiento del equipo multidisciplinario de salud a fin de garantizar las competencias profesionales que se requiere para una atención de Calidad de la Salud Mental.
- El colegio profesional de psicólogos del Perú debe estar en constante comunicación con las universidades de sus localidades a fin de lograr que el futuro profesional obtenga una adecuada formación acorde con los cambios en las políticas de salud que le permitan alcanzar estándares de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jose A.I., Ignacio A.G., Javier B.C. (2006). *Introducción a la calidad; Aproximación a los Sistemas de Gestión y Herramientas de Calidad*. 1º Edición. Editorial, Ideas propias. PP. 136. España. Recuperado de https://www.academia.edu/13639200/INTRODUCCI%C3%93N_A_LA_CALIDAD_Aproximaci%C3%B3n_a_los_Sistemas_de_Gesti%C3%B3n_y_Herramientas_de_Calidad
- Armando, P. (2007). *Desarrollo y validación de cuestionarios de satisfacción de pacientes con los servicios de atención farmacéutica en farmacias comunitarias*. (Tesis doctoral), Universidad de Granada Facultad de Farmacia, España. Recuperado de <https://hera.ugr.es/tesisugr/1676853x.pdf>
- Bernuy, L. A. (2005). *Calidad de la atención en la clínica central de la Facultad de Odontología de la Universidad Mayor San Marcos*.(Tesis) Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2796/Bernuy_tl%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Castellanos J. (1977), *Situaciones De Cobertura, Niveles de Atención y Atención Primaria*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17488/v82n6p478.pdf?sequence=1>

- Cohen, J. (2015) *La Casa de Ramos Mejía Salud mental comunitaria en el marco de las políticas de salud mental de la Provincia de Buenos Aires. Argentina* (Tesis de Maestría) Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina Recuperado de <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/10690/2/TFLACSO-2015JMC.pdf>
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, Gerencia de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas DEVIDA (2007) III Estudio Nacional: *Prevención y Consumo de Drogas en estudiantes de Secundaria 2009*, Resultados Nacionales Perú, pp. 89 Recuperado de <http://svc.summit-america.org/sites/default/files/PROGRAMA%20DEVIDA%20-%20PER%C3%9A.pdf>
- Dereck, A. (2008) Administración de la Calidad. Manual de Administración de la Calidad. Editorial: PANORAMA Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1MZVUKA53GUJ:ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001%255CFile%255CArt_culo_V_Administraci_n_de_la_Calidad.doc+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pe
- DuBois, A. (2015) *Hacia un modelo de servicios de salud mental que permita el desarrollo de la subjetividad de los usuarios de los servicios: Propuesta de Modelo de Atención en Salud Mental para el Ecuador.* (Tesis de Maestría) Instituto Universitario de Salud Mental – IUSAM de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires ABdeBA, Ecuador. Recuperado de <http://www.iusam.edu.ar/wp->

content/uploads/2015/09/tesis-Lic.-Aim%C3%A9-DuBois-Psicopatolog%C3%ADa-y-Salud-Mental.pdf

Guzmán, A. y Romero. E. (2013) *Investigación diagnóstica sobre la situación actual de la Salud Mental desarrollada por el Ministerio de Salud de el Salvador en la Región Metropolitana de San Salvador, realizado en el periodo de marzo-octubre*, Universidad de el Salvador Facultad de Ciencias y Humanidades Departamento de Psicología. Recuperado de

<http://ri.ues.edu.sv/5426/1/Investigaci%C3%B3n%20diagn%C3%B3stica%20sobre%20la%20situaci%C3%B3n%20actual%20de%20la%20salud%20mental%20desarrollada%20por%20el%20Ministerio%20de%20Salud%20de%20El%20Salvador%20en%20la%20regi%C3%B3n%20metropolitana%20de%20San%20Salvador%2C%20realizado%20en%20el%20periodo%20de%20marzo-octubre.pdf>

Lagunas, K. (2014) *Manejo médico, técnico legal de los trastornos mentales en la división de salud en el trabajo* (Tesis de Especialidad) Universidad Veracruzana Instituto mexicano del seguro social dirección regional sur delegación regional Veracruz norte Unidad de Medicina Familiar N° 61, Veracruz. Recuperado de <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/46934/LagunasNunezKarlaM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

López Flor, Guillermo Aguilar Adrián, (2004) *Niveles de cobertura y accesibilidad de la infraestructura de los servicios de salud en la periferia metropolitana de la Ciudad de México*. Investigaciones Geográficas, Boletín del Instituto de

Geografía, UNAM ISSN 0188-4611, pp 188, México.
 Recuperado de
<http://www.redalyc.org/pdf/569/56905311.pdf>

Marracino, C. (2013) Cobertura en Salud. Buenos Aires Argentina. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-140.pdf>

Moll, S. (2009) *Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. (Tesis)* Pontificia Universidad Católica del Perú Facultad de letras y Ciencias Humanas, Lima . Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/395/MOLL_LEON_SARAH_REPRESENTACIONES_SALUD_MENTAL.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud –OMS (2002) *¿Porque urge actuar?... La alarmante carga de los trastornos mentales, Programa Mundial de Acción en Salud Mental mh GAP- Cerremos la brecha mejoremos la atención* Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf

Organización Mundial de la Salud –OMS (2003), *Que se entiende por calidad, Qualityinprovementfor mental health - Mejora de la Calidad de la Atención en Salud Mental*, (pp. 17 - 26), Asturias España: Editores Médicos, S.A. EDIMSA. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Organización Mundial de la Salud – OMS (2004), *Promoción de la Salud Mental Concepto, Evidencia emergente, Práctica*. Informe Compendiado, Ginebra: Centro de Prensa OMS- . Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf/

Organización Mundial de la Salud – OMS (2007), *Mejora de la Calidad de la Salud Mental, Conjunto de Guías sobre servicios y Políticas de Salud Mental*, Editores Medicos. S.A. EDIMSA - España . Recuperado de http://www.who.int/mental_health/policy/quality_module_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud – OMS (2011, 07 Octubre), *La OMS pone de relieve la falta de inversión en atención de salud mental a escala mundial*. Ginebra: Centro de Prensa OMS- Notas para los Medios de Información. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/mental_health_20111007/es/

Orozco, M. (2009) *Gestión de la Calidad, Calidad en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Nicaragua*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/documents/events/nicaragua09/Garantia_Calidad_Seguridad_Paciente-CIES-Miguel_Orozco.ppt?ua=1

Perú. Gobierno Regional de Lambayeque. Consejo Regional de Salud, Perú. Ministerio de Salud - MINSA. Dirección Regional de Salud Lambayeque (2006, abril), *Objetivos Estratégicos, Metas y prioridades Sanitarias, Para vivir mejor. Plan participativo regional de salud 2005 - 2010 Lambayeque*.

Recuperado de
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/02cns/web/consejos/PR_C_Lambayeque.pdf

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública SCIELO (2006, Octubre/ Diciembre), Editorial *Salud mental: Un problema de Salud Pública en el Perú, Mental health: a public health problem in Perú*, 23 (4) pp 237, Lima. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/363/36323401.pdf>

Ricard S, Gerrard C.(2007) *Calidad del Servicio en la Industria Hotelera: Revision de la Literatura*. ESADE – Universitat Ramon Llull, Revista de Análisis Turístico Nº 3, 10/2007, p. 27 - 44
 Recuperado de <http://www.esade.edu/cedit2007/pdfs/papers/pdf9.pdf>

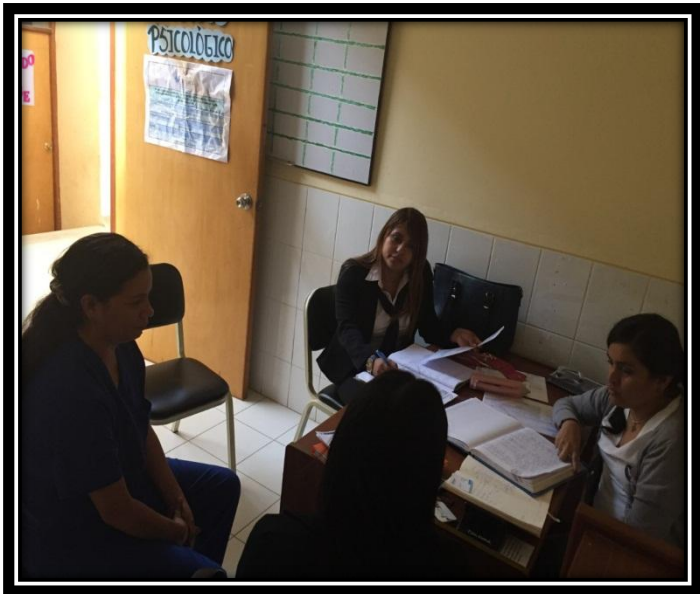
Rojas Ramos, Daniel (2013) *Teorías de calidad. Orígenes y tendencias de la calidad total – Gestión de la Calidad*. Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/teorias-de-la-calidad-origenes-y-tendencias-de-la-calidad-total/>

Solís Risof, Sánchez Sixto E., Carrión Miguel, Samatelo Elga, Rodríguez-Zubiate Rosario, Rodríguez Margarita (2009) “Cobertura de Seguros de Salud en relación con el uso de servicios Médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú”, Revista Peruana de Medicina Experimental de Salud Pública SCIELO, pág. 136 – 144, Lima, Perú.
 Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200003

ANEXOS

GALERIA DE FOTOS







UNIVERSIDAD DE CHICLAYO

ESCUELA DE POSGRADO

Anexo N°01

CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (E.E.S.S.)

FECHA: / /

Buenos días estamos haciendo un estudio con los usuarios para conocer mejor sus necesidades y su opinión sobre la atención en Salud Mental que se le brinda en este establecimiento de salud. Esta encuesta es anónima y sus respuestas son confidenciales, así que le agradecemos ser lo más sincero posible. Llene los espacios en blanco y marque con un aspa la alternativa que crea más conveniente.

I. DATOS GENERALES:

Edad:..... Grado de Instrucción:.....

Sexo: Femenino () Masculino () Cuenta con SIS: Si () No ()

II. DATOS ESPECÍFICOS:

	SIEMPRE	FRECUEMENTEMENTE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	NUNCA
1. Durante su permanencia en el servicio el personal le brindó un trato cordial y amable.	☐	☐	☐	☐	☐
2. El personal de salud que atiende respeta el orden de llegada de los pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
3. El tiempo de espera para ser atendido es aproximadamente de 20 minutos.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Recibe charlas psicoeducativas relacionadas con la Salud Mental mientras espera ser atendido.	☐	☐	☐	☐	☐
5. El personal de salud psicólogo muestra interés cuando usted le consulta sobre su problema.	☐	☐	☐	☐	☐

- | | | | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. | El personal de salud respeta su privacidad durante la atención. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. | En la consulta, el psicólogo realiza cuidadosamente la aplicación de instrumentos y/o pruebas psicológicas. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. | El personal de salud que lo atiende lo orienta sobre los tamizajes y/o pruebas psicológicas que se le van a realizar. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. | Usted comprende las indicaciones relacionadas con el tratamiento a seguir. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. | El personal de salud lo orienta sobre las actividades y/o pautas a seguir en el hogar. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. | El personal de salud que lo atiende mantiene confidencialidad acerca de su diagnóstico. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. | El tiempo de su consulta es suficiente. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13. | El médico le otorga descanso médico y/o el psicólogo indica interconsultas a otras áreas, en caso de que lo requiera. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14. | Es referido inmediatamente a un establecimiento de mayor nivel si el médico y/o psicólogo lo considera conveniente, para recibir atención psiquiátrica. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. | Durante la atención en salud mental siente que le solucionan su problema de salud. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16. | El personal se encuentra correctamente uniformado y limpio. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17. | La sala de espera está limpia. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

18. La sala de espera tiene buena ventilación.

19. El consultorio está limpio y ordenado.

20. El consultorio está bien iluminado.

21. Los baños están limpios permanentemente.

22. Le otorgan en farmacia todos los medicamentos recetados por el médico tratante.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

III. OPINIONES Y/O SUGERENCIAS DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL RECIBIDA:

.....

.....

.....

.....

MUCHAS GRACIAS



UNIVERSIDAD DE CHICLAYO

ESCUELA DE POSGRADO

Anexo N°02

GUÍA DE ANALISIS PARA MEDIR LA COBERTURA DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (E.E.S.S.) DEL I NIVEL DE ATENCIÓN.

FECHA: / /

I. DATOS GENERALES:

Nombre del Establecimiento de Salud:.....

Nivel del E.E.S.S.:.....

Responsable del Establecimiento de Salud:.....

Responsable de E.S. Salud Mental y Cultura de Paz:.....

Cantidad de población asignada al E.S.S.S.:.....

II. DATOS ESPECÍFICOS:

❖ DIRIGIDOS AL PROFESIONAL MEDICO - JEFE DEL E.E.S.S:

1) ¿Cuántos médicos brindan atención en salud mental en el establecimiento de salud?

2) ¿Cuántos consultorios están designados a realizar las atenciones en salud mental en el establecimiento de salud?

• Consultorio de Psicología

• Consultorio de Medicina

3) ¿Cuenta con stock de medicamentos para realizar atención en salud mental? SI () NO ()

4) ¿A recibido capacitaciones, sobre el abordaje y atención de problemas y/o trastornos de salud mental, desde su perspectiva medica?

SI () NO ()

❖ PREGUNTAS DIRIGIDAS AL PROFESIONAL PSICOLOGO RESPONSABLE DE LA E.S. DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ DEL E.E.S.S:

- 1) ¿Cuántos Psicólogos brindan atención en salud mental en el establecimiento de salud?
- 2) ¿Cuántos internos de psicología apoyan en la atención en salud mental en el establecimiento de salud?
- 3) ¿Cuenta con instrumentos, pruebas psicológicas y manuales para realizar la atención en salud mental?
- SI () NO ()

Especifique para evaluar que áreas:

- Personalidad ()
- Inteligencia ()
- Organicidad ()
- Dinámica Familiar ()
- Estado emocional ()
- Ámbito social ()
- Tamizajes: VIF () SRQ18 () AUDIT ()

- 4) ¿Cuenta con Guías práctica Clínicas en Salud Mental?
- SI () NO ()
- 5) ¿Recibe capacitaciones sobre el abordaje y atención de problemas y/o trastornos de salud mental?
- SI () NO ()
- 6) ¿Cuenta con cuaderno de registro de pacientes atendidos en salud mental?
- SI () NO ()
- 7) ¿El SIS cubre las atenciones en Salud Mental?
- SI () NO ()
- 8) ¿Cuántas personas fueron atendidas por SIS en los servicios de salud mental, durante el periodo de enero 2015 a la actualidad?
- SI () NO ()

MUCHAS GRACIAS