

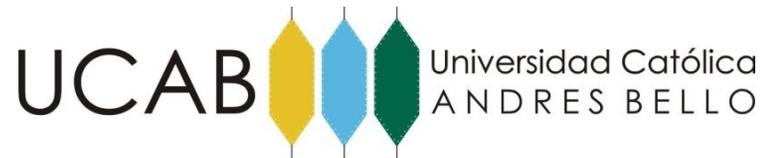
VICERRECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
ECONÓMICAS Y SOCIALES
PROGRAMA : GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

**ESTRATEGIAS GERENCIALES PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL
CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC).**

Elaborado por: Karen Berra

Enero, 2020.



VICERRECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
ECONÓMICAS Y SOCIALES
PROGRAMA : GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

Presentado para optar al título de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

ESTRATEGIAS GERENCIALES PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL
CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC).

Elaborado por: Karen Berra.

Asesor: Alfredo Salas Urbano.

Enero, 2020.



VICERRECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
ECONÓMICAS Y SOCIALES
PROGRAMA : GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

Autora: Karen Berra

Asesor: Alfredo Salas Urbano

Resumen

El presente trabajo tiene como finalidad presentar los resultados de una investigación cuyo objetivo es: “Diseñar una estrategia gerencial para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino en el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas” (HUC)”. Para poner en marcha este objetivo se trataron temas como : Definición de un registro de cáncer, causas, signos y síntomas etc. En esta ocasión se aplicó una metodología de investigación de tipo transversal, no experimental, en un nivel descriptivo, en vista de que según Cervo y Bervian, P. (1989)” .tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables” (p.270), la cual sobrellevo al análisis en la opinión de una muestra de treinta y cinco (35) personas seleccionadas a juicio de la investigadora, tomada de una población infinita. El sentido de esta selección fue aplicarles un cuestionario de diez (10) preguntas cerradas. Entre las técnicas aplicadas se encuentran: Observación Directa, Revisión Bibliográfica y Encuesta. El análisis condujo al logro de los objetivos planteados, conclusión y recomendaciones específicas para el caso.

Palabras clave: Cáncer de cuello uterino, diagnóstico precoz.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I	4
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.1. Planteamiento del Problema.....	4
1.2. Objetivo General y Objetivos Específicos.	7
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos.....	8
1.3. Justificación.	8
CAPÍTULO II	12
MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. Antecedentes de la investigación.	12
2.2. Aproximación al CCU.	13
2.2.1. Historia del concepto de CCU.	13
2.2.2. Definición de un registro de cáncer.	14
2.2.3. Cáncer de cuello uterino.	14
2.2.4. Pronóstico del cáncer de cuello de útero.....	15
2.2.5. Factores de riesgo del cáncer de cuello de uterino.....	16
2.3. Asociaciones y grupos de pacientes en el ámbito de la salud.	17
2.4. Incidencia pública.	17
2.5. Los enfoques y metodología para la evaluación de programas y proyectos de incidencia pública.	18
2.6. Tamizaje para detectar el CCU.	19
2.7. Gerencia.	22
2.8. Gerencia en salud.	23
2.9. Administración de organizaciones.	23
2.10. Niveles organizacionales.....	24
2.11. Política organizacional.....	24
2.12. Estrategia corporativa.	25
2.13. Planeación estratégica de una organización.....	25
CAPÍTULO III.....	26

MARCO ORGANIZACIONAL	26
3.1. Antecedentes de la institución.....	26
3.2. Visión, Misión, Objetivos, Valores o Funciones.	27
Misión.	27
Visión.....	27
Objetivo.....	27
Funciones.	28
3.3. Estructura organizacional.....	29
CAPÍTULO IV.....	30
MARCO METODOLÓGICO.....	30
4.1. Tipo de investigación.	30
4.2. Diseño de investigación.	31
4.3. Población y muestra de la investigación.	32
4.4. Técnica de recolección de los datos.	33
Procedimiento:	37
4.5. Técnica de análisis de los datos.	37
4.6. Operacionalización de variables.	38
CAPÍTULO V	41
CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.....	41
CAPÍTULO VI.....	44
PLAN DE EJECUCIÓN O CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	44
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

INTRODUCCIÓN

El cérvix o cuello uterino es la parte más baja del útero, lugar donde se desarrolla el feto durante el embarazo. El cáncer de cuello uterino es causado por el virus del papiloma humano (VPH); Pero motivado a diversos factores de riesgo, el virus pudiera conducir al cáncer. Entre las mujeres que presentan mayor riesgo se encuentran: Pacientes fumadoras de larga data, multíparas, uso frecuente de pastillas anticonceptivas durante muchos años , etc.

El diagnóstico precoz del cáncer del cuello de cérvix o cuello de útero se puede manifestar en aquellas mujeres que asisten con regularidad a consulta ginecológica. Aquellas que generalmente no se someten a pruebas para detectar el VPH o células anormales en el cuello uterino tienen mayor riesgo de presentar este tipo de cáncer.

La revisión ginecológica habitual; así como también, la realización frecuente del test de Papanicolaou o citología cérvico-vaginal permite evaluar el diagnóstico de las lesiones pre malignas, de tal forma, que su tratamiento prematuro pudiera prevenir que éstas evolucionen a lesiones invasivas.

El presente trabajo tiene como finalidad reportar los resultados de una investigación destinada a plantear estrategias gerenciales para el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino en el servicio de oftalmología del “Hospital Universitario de Caracas” (HUC). Para este propósito el material se encuentra estructurado de la siguiente manera.

En el capítulo I, se aborda la problemática, planteándose los objetivos de investigación y justificación del estudio. El capítulo II, contiene todo lo referente a los antecedentes relacionados con la investigación , bases teóricas y legales que sustentan el trabajo de investigación. El capítulo III, corresponde al desarrollo del marco metodológico donde se describe el tipo, diseño y nivel de investigación; así como también la técnica aplicada , instrumentos utilizados para recolección de datos, sistema de variables, validez y confiabilidad del mismo. En el capítulo IV, se redacta la presentación, análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS (15 de febrero del 2018) el cáncer cervicouterino (CCU) es el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de las regiones menos desarrolladas, y se estima que en 2012 hubo unos 445.000 casos nuevos (84% de los nuevos casos mundiales). En el año 2012, aproximadamente 270.000 mujeres murieron de CCU; más del 85% de esas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y medianos. Los papilomas virus humanos (PVH) son muy comunes en todo el mundo, hay más de 100 tipos de PVH, de los que al menos 13 son oncogénicos (también conocidos como de alto riesgo). Los virus de papiloma humano (PVH) se transmiten principalmente por contacto sexual y la mayoría de las personas se infectan poco después de iniciar su vida sexual. Los CCU son causados por infecciones de transmisión sexual por determinados tipos de PVH. Dos tipos de PVH (16 y 18) son los causantes del 70% de los CCU y de las lesiones precancerosas del cuello del útero. Además, hay estudios que asocian a los PVH con los cánceres de ano, vulva, vagina y pene.

Según resumen de las estadísticas de cáncer por el Dr. Luis Capote Negrín, en el año 2012 ocurrieron en Venezuela 42.046 casos. Las defunciones registradas para el mismo año fueron 22.815 y al desagregar por género y localizaciones, observamos que, en el género femenino, las cuatro localizaciones más frecuentes son: glándula mamaria (5.063 casos y 2.067 defunciones), cuello uterino (4.076 casos y 1.630 defunciones), pulmón (1.697 casos y 1.366 defunciones) y colon y recto (1.661 casos y 801 defunciones), que representan el 56% de la incidencia y 52% de la mortalidad anual. A nivel mundial, el CCU es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer.

Se calcula que en 2012 hubo 530.000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer.

Dentro de este marco de ideas, en Venezuela; según el Ministerio del Poder Popular para la Salud, para el año 2005 en su división de Oncología refiere que el cáncer de cuello uterino, además de ser la más frecuente, es la segunda causa de muerte oncológica en las mujeres venezolanas, por lo que considera a este tipo de cáncer como un problema de salud pública.

La Sociedad Americana contra el Cáncer recomienda para la prevención de cáncer de cuello uterino, que toda mujer después de los 35 años se haga una citología anualmente que permita el diagnóstico médico, tan pronto se detecten datos indicativos por medio de la citología una vez al año.

En Venezuela desde 1976 con el Decreto de Creación de la Dirección de Oncología, se establece la obligatoriedad de organizar un Registro Nacional de Cáncer basándose en hospitales. Desde 1979, se inició la recopilación de formularios individualizados correspondientes a pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer en 11 hospitales nacionales que atendían aproximadamente un 30% de los pacientes del país con esta patología.

La morbilidad por cáncer en Venezuela se obtiene del Registro Central de casos del Departamento de Oncología y de la información epidemiológica de la Dirección de Epidemiología del Ministerio del Poder Popular para la Salud. La mortalidad se obtiene de los Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital hasta 1996 y de allí en adelante, de los Anuarios de Mortalidad, publicados por el mismo ministerio. La tasa de mortalidad por cáncer ascendió entre 1940 y 1950, de 25 a 40 defunciones por cada cien mil habitantes. Para dar una idea de la validez de estas cifras, debemos recordar que en esos años se conocía la causa de muerte entre el 40% y el 50%; respectivamente de las defunciones registradas.

En el año 2000, se registraron 15.211 defunciones por todo tipo de cáncer, lo cual representa el 14,4% de la mortalidad general diagnosticada ese año en todo el país.

Esto coloca al cáncer como la segunda causa de mortalidad en Venezuela, después de las enfermedades del corazón. En los 30 años comprendidos entre 1955 y 1985, la tasa ascendió de 50 a 55 defunciones por cada cien mil habitantes.

Ya para esos años el registro de mortalidad por cáncer es más fidedigno; pues se conocía la causa de muerte entre el 60 % y el 85% de las muertes registradas.

En las mujeres, las localizaciones en orden descendente son: útero; mama; tráquea, bronquios y pulmón; estómago; colon y recto; leucemias; hígado y vías biliares; ovario; páncreas, linfoma no hodking, entre otros. -

Un buen registro de cáncer es un instrumento relativamente económico para conocer la situación epidemiológica del cáncer en una región. Este permite identificar grupos de población con tasas sobresalientes dentro del perfil en la población general, apuntar al reconocimiento de factores de riesgo; a través de la identificación de individuos con tasas altas de alguna de las variedades de cáncer asociadas a exposiciones específicas.

Su importancia clínica es tal vez mayor, por el impacto que representa el conocimiento de la evolución de los casos tratados en una patología como el cáncer, para la cual un buen enfoque diagnóstico y de tratamiento va a modificar radicalmente los resultados obtenidos.

Tampoco se puede decir que la inversión económica y los recursos humanos necesarios para su establecimiento son de alguna forma impedimentos determinantes; dado que sus costos no suponen erogaciones presupuestarias onerosas. El principal obstáculo es sin duda, la secundaria prioridad que se le otorga a estos registros dentro de las decisiones en política de salud; tanto para su establecimiento como en el soporte económico de mantenimiento.

Esto es consecuencia de la falta de reconocimiento a su importancia desde el punto de vista epidemiológico y clínico; así como de sus significativas ventajas al hacer una evaluación de costo- beneficio.

Otra limitación no menos importante es la carencia de una legislación de acreditación institucional, que establezca dentro de los criterios necesarios para su otorgamiento, la obligación de mantener un registro de cáncer, a hospitales públicos y centros de salud privados, que traten cáncer, tal como ocurre en Estados Unidos y algunos países de Europa.

Un tercer obstáculo está constituido por la falta de compromiso efectivo de los profesionales de las especialidades oncológicas, en especial de anatomía patológica, para impulsar y apoyar consistentemente las iniciativas de su organización y mantenimiento.

Todo lo antes expuesto conlleva a realizar el presente trabajo de grado para resaltar la importancia que tiene el manejo integral de estas pacientes con cáncer, donde se incluya una adecuada atención integral que abarque tanto educación para la prevención, así como pruebas paraclínicas pertinentes, para la toma de decisiones terapéuticas con fundamentos que corroboren los actos a seguir, para así evitar complicaciones no deseadas.

El Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas no cuenta con estrategias gerenciales para el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino.

El propósito de esta investigación fue indagar la incidencia de cáncer de cuello uterino en el servicio de oftalmología. Sobre la base de lo anteriormente expuesto se deriva la interrogante de la investigación:

¿Cuáles son las estrategias gerenciales adecuadas para realizar el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas (HUC)?

1.2. Objetivo General y Objetivos Específicos.

Objetivo General.

Determinar estrategias gerenciales adecuadas para el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Oftalmología del HUC.

Objetivos Específicos.

- Indicar las prácticas adecuadas que pueden contribuir al diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino (CCU) en las pacientes que consultan al servicio de Oftalmología del HUC, así como también al personal de salud (Residentes) que laboran en el Servicio de Oftalmología del HUC, en la actualidad.
- Describir las prácticas utilizadas para el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino de las pacientes que consultan el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas; así como también al personal de salud (residentes) que laboran en el Servicio de Oftalmología del HUC, en la actualidad.
- Proponer un plan de estrategia gerencial para el diagnóstico precoz de Cáncer de Cuello Uterino de las pacientes que consultan el servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas, así como también al personal de salud (Residentes) que laboran en el servicio de Oftalmología del HUC en la actualidad.

1.3. Justificación.

Actualmente existe una gran preocupación dentro del equipo de salud que labora en el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas, debido al incremento en la morbilidad y mortalidad de pacientes con cáncer de cuello uterino. Aunado a esto se tiene que al médico se le dificulta en su gran mayoría brindar una excelente asistencia a estas pacientes debido a la multiplicidad de actividades, por el exceso de pacientes que acuden al centro hospitalario y por ende a las debilidades en el manejo del proceso de atención integral a las pacientes que consultan a este servicio. En términos generales, el cáncer de cuello uterino es una patología que ha causado estragos en la población femenina.

Las pruebas de detección ofrecen la mejor oportunidad para detectar el cáncer de cuello uterino en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento sea eficaz.

El CCU se origina cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a evolucionar descontroladamente . Existen muchos tipos de cáncer.

El crecimiento de las células cancerosas es diferente al crecimiento de las células normales.

En lugar de extinguirse, las células cancerosas continúan su crecimiento y proliferación pudiendo propagarse a otros tejidos.

En una célula normal, cuando se altera el ADN, la célula indemniza el daño o en su defecto agoniza. Por el contrario, en las células cancerosas el ADN atroz no se desagravia, y la célula no sucumbe como debería. En lugar de esto, esta célula persiste en engendrar más células que el cuerpo no requiere. Todas estas células nuevas tendrán el mismo ADN atroz que tuvo la primera célula. Las mujeres pudieran heredar un ADN dañado; pero la mayoría de las alteraciones del ADN son causadas por deslices que suceden durante la reproducción de una célula normal o por algún otro factor del ambiente. Algunas veces, la causa del daño al ADN es algo innegable, como el fumar cigarrillos.

El cáncer de cuello uterino podría ser prevenido tempranamente al realizarse con regularidad las pruebas de Papanicolaou (algunas veces combinadas con una prueba del VPH). En los Estados Unidos, la tasa de mortalidad del cáncer de cuello uterino declinó casi un 70% entre 1955 y 1992, debido en gran parte a la eficacia de la prueba de Papanicolaou. En años recientes, las tasas de mortalidad del cáncer de cuello uterino han estado estables.

A pesar de los beneficios reconocidos en las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino, no todas las mujeres que consultan al Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas se ven beneficiada por las mismas.

Aproximadamente la mitad de los cánceres de cuello uterino diagnosticados en Venezuela se encuentran en mujeres que nunca se habían hecho pruebas para detectar esta enfermedad. Otro 10% de los cánceres se encuentran en mujeres que no se han hecho las pruebas en los últimos 5 años.

Las muertes causadas por el cáncer de cuello uterino son mayores en las poblaciones de los países donde las mujeres no se hacen rutinariamente las pruebas de detección de este cáncer.

En este sentido, este estudio, busca determinar la información que poseen las consultantes del Servicio de Oftalmología del HUC, sobre las medidas de prevención del cáncer de cuello uterino y promover las adecuadas estrategias gerenciales, que permitan mejorar los lineamientos básicos de la atención primaria en salud de estas pacientes.

De acuerdo con este teórico al aplicar estrategias se puede llegar al conjunto de acciones planificadas anticipadamente, con el objeto de alinear los recursos y potencialidades para el logro de metas y objetivos de expansión y crecimiento organizacional. Pudiendo ser aplicado con basamento en la metodología estadística con el apoyo de encuestas realizadas a un porcentaje determinado de pacientes que acuden al Servicio de Oftalmología del HUC con el fin de evaluar la propuesta afianzada en los resultados de la misma. Por tal motivo se sugiere en el caso de las estrategias gerenciales para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino en el Servicio de Oftalmología del “Hospital Universitario de Caracas”, lo siguiente:

- Tomar las medidas necesarias para impulsar estrategias de detección a tiempo del cáncer de cuello uterino en todos los servicios del hospital.
- Tomar las medidas necesarias para que en el mecanismo de toma de muestra citológica se lleve una referencia histórica de las incidencias clínicas que presenta cada paciente, en función de monitorear a posteriori aspectos relacionados con la detección del cáncer de cuello uterino.

- Facilitar los medios y recursos necesarios para implementar estrategias gerenciales que coadyuven a personal médico a prevenir la aparición del cáncer de cuello uterino.

- Estimular técnicas de producción y distribución de información a las pacientes femeninas potenciales y no potenciales a contraer la enfermedad en cuanto el control preventivo y su contribución y responsabilidad de contraer el cáncer cérvix.

- Aplicar estrategias gerenciales para prevenir a tiempo y de manera eficaz la incidencia de pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino que asiste al hospital.

- Optimizar eficazmente los métodos de prevención de cáncer de cuello uterino.

- Solicitar colaboración a nivel organizacional para el monitoreo constante de incidencias, reportes, registros, historias clínicas e información relacionada con el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En el marco teórico, se mencionan los señalamientos que soportan la investigación y un marco conceptual centrado en las definiciones sobre los diferentes elementos del presente trabajo.

2.1. Antecedentes de la investigación.

Los antecedentes de toda investigación están sustentados en trabajos realizados con anterioridad, relacionados en esta oportunidad con el CCU. Donde se recopila información mediante el resumen de casos para justificar esta investigación.

Astudillo (2005) realizó una investigación en el ambulatorio tipo II de Sabana Grande en Maturín, Estado Monagas, titulada “Medidas para prevenir el cáncer de cuello uterino”, la investigación fue descriptiva y de campo con una muestra de 50 mujeres, los resultados obtenidos indican que la mayoría de las usuarias desconocen de las medidas preventivas para evitar el cáncer de cuello uterino.

Igualmente se pudo observar que el personal de enfermería brinda poca información a las usuarias, por lo que se recomienda planificar programas educativos para la salud y establecer estrategias de acceso a los programas establecidos.

Torres y Castillo (2006) realizaron en el hospital “Dr. Nicolás Giannini” de la población de Quiriquiri, estado Monagas, un trabajo titulado “Estrategias de intervención para la prevención y control del virus de la papiloma humano en mujeres en edad fértil”. La muestra estuvo conformada por 30 mujeres siendo este el 100% de la población en estudio, en edades entre 21 y 29 años corresponde al 40%, entre 30 y 39 años el 30%, menos de 20 años el 10% y el restante corresponde al 20% mayor de 40 años.

Los resultados obtenidos evidenciaron que el 40% de la población atendida en el hospital “Dr. Nicolás Giannini”, no poseían información sobre la infección por VPH. En conclusión, la falta de programas sobre la orientación sexual forma parte de la educación preventiva que la comunidad debería conocer.

Moreno, Chacón y Chacón (2006) Realizaron un trabajo titulado “Programa de educación para la prevención del cáncer cérvico uterino dirigido a las usuarias que acuden al ambulatorio tipo III “Dr. José Antonio Serres” de la comunidad de la Cocuizas, Maturín estado Monagas”. El estudio es de tipo transaccional, descriptivo, retrospectivo y de cohorte. Conformado por una población de 250 féminas, con una muestra representada por 120 féminas lo que constituye casi el 50% de la población en estudio. Se le aplica un cuestionario tipo encuesta y los resultados de este evidencian la falta de información que poseen las féminas que acuden a la consulta ginecológica del ambulatorio tipo III “Dr. José Antonio Serres “de Maturín estado Monagas.

Rivas, (año 2006) En su trabajo titulado “Factores que inciden en el cáncer de cuello uterino”, dirigido a las usuarias que asisten a la consulta de ginecología preventiva del centro materno “Concepción Mariño”, en Maturín – estado Monagas. Los resultados de esta encuesta demostraron que hay un alto desconocimiento en las medidas de prevención para prevenir el cáncer de cuello uterino; por parte de las pacientes que asisten a dicha consulta.

Este trabajo demuestra la relación con la presente investigación, ya que también se puede evidenciar la carencia de información por parte de las féminas sobre las medidas de prevención del cáncer de cuello uterino y otras afecciones ginecológicas.

2.2. Aproximación al CCU.

2.2.1. Historia del concepto de CCU.

El concepto de CCU se remonta a finales del siglo XIX, cuando se reconocieron zonas de cambios epiteliales atípicas no invasoras en tejidos adyacente a cáncer invasor (William, año 1888).

El término carcinoma in situ (SIS) se introdujo en el año 1932 para denotar las lesiones por células carcinomatosas indiferenciadas que abarcan todo el espacio del epitelio sin interrumpir la membrana basal (Brodeskis, 1932).

En el año 1941, George Papanicolaou describió la fórmula de teñir las células que son despedidas del epitelio o superficie exterior del cérvix, lo que hace posible detectar las células con transformaciones anormales, esto no es un examen de diagnóstico; sino más bien un tamizaje que separa a las mujeres que pueden tener lesiones en el cuello del útero. (Ídem).

2.2.2. Definición de un registro de cáncer.

Un registro de cáncer puede definirse, como un sistema de recolección individualizada, continua y sistemática de los datos inherentes a los casos de cáncer, que ocurren en una población (registro de cáncer poblacional) o que son atendidos en una institución (registro de cáncer institucional o de hospital).

Es una herramienta fundamental en epidemiología, para obtener información que permite valorar el riesgo de presentar cáncer en diferentes grupos de población, conocer los cambios en la frecuencia o tendencia en el tiempo, de sus diversas localizaciones y ofrecer el soporte para el desarrollo de hipótesis etiológicas (Santos, año 1995).

2.2.3. Cáncer de cuello uterino.

El cáncer de cuello uterino afecta al extremo inferior del útero, el cuello uterino, también denominado Cérvix. El carcinoma cervical es el primer tipo de cáncer más común en las mujeres. La gran mayoría de cánceres cervicales son carcinomas de células escamosas (planas) que revisten el Cérvix. El desarrollo de cáncer de Cérvix es gradual y toma años. Las primeras anomalías detectables en las células superficiales del Cérvix se denominan displasias, que es un estado anterior a la malignidad.

Ésta podrá evolucionar a cáncer pre invasivo, que sólo se propaga a las capas más superficiales del Cérvix, y posteriormente se extiende a las capas más profundas y a otros órganos de la pelvis (Oletta, Carvajal y Peña, 2014).

De acuerdo con estudios de los autores mencionados, no se conoce una causa; pero se identifican diversos factores que aumentan el riesgo de este cáncer: la iniciación sexual temprana (anterior a los 18 años), la multiplicidad de parejas sexuales y la maternidad antes de los 16 años. También aumentan el riesgo las infecciones por el VPH (Virus de Papiloma Humano), HIV y herpes genital.

De acuerdo a Oletta, Carvajal y Peña (2014) el cáncer cervical en su primera fase, no presenta síntomas. Cuando comienza a invadir, destruye vasos sanguíneos que irrigan el Cérvix. Esto suele manifestarse en pequeñas pérdidas entre los períodos menstruales, después de las relaciones sexuales o después de instalada la menopausia, se producen descargas vaginales acuosas, rosadas, amarronadas, con hilos de sangre y mal olor también son indicativos a tener en cuenta. Si la enfermedad ha avanzado, puede presentarse falta de apetito, pérdida de peso, fatiga, dolor en región dorso-lumbar o de miembros inferiores.

2.2.4. Pronóstico del cáncer de cuello de útero.

Diagnosticar a tiempo del cáncer de cuello de útero depende de varios factores; tales como: a) el estado en el que se encuentra el cáncer al ser diagnosticado; b) conocer las características de la paciente (peor pronóstico en pacientes obesas y de mayor edad.) y c) el tratamiento que se instaure y cuándo se inicie. Cuanto antes se comience a tratar, mayores probabilidades de sobrevivir.

Lo anterior implica tomar en cuenta la prevención de esta enfermedad reconociendo que lo más importante para prevenir el cáncer de cuello de uterino es evitar los factores de riesgo anteriormente citados, especialmente la modificación del estilo de vida y del comportamiento sexual. El uso de preservativos es una buena medida profiláctica contra las enfermedades de transmisión sexual y, por tanto, para prevenir la aparición de cáncer de cuello uterino.

Según reportes de la Organización Panamericana de la Salud OPS (año 2014), en los últimos años se ha desarrollado una vacuna contra el virus del papiloma humano. Dicha vacuna está ya a disposición de muchas mujeres en varios países de Europa. Es importante vacunar a las niñas entre los 9 y los 14 años para prevenir la infección antes de que comiencen a tener vida sexual.

Igualmente, se recomienda la citología rutinaria en la consulta del ginecólogo ya que es muy importante para el diagnóstico precoz, especialmente en casos de posible herencia familiar. De esta forma, se puede comenzar con el tratamiento adecuado cuanto antes para evitar posibles complicaciones.

2.2.5. Factores de riesgo del cáncer de cuello de uterino.

Se procede a enumerar los factores de riesgo:

- Edad: las mujeres mayores son más vulnerables a padecerlo.
- Genética: es común que aparezca en mujeres cuyas madres también tuvieron cáncer de cuello uterino.
- Tabaco y alcohol.
- Su incidencia es mayor en entornos de bajo nivel socioeconómico.
- Edad precoz de la primera relación sexual.
- Elevado número de parejas sexuales.
- Padecer o haber padecido alguna enfermedad de transmisión sexual. En este grupo de riesgo es especialmente importante la infección por el virus del papiloma humano.
- Se cree que también pueden jugar un papel importante los anticonceptivos hormonales.
- Es más común también en mujeres que han parido alguna vez que en aquellas que no han tenido hijos.
- Inmunodepresión: SIDA, mujeres que han sufrido algún trasplante.
- La pobreza está asociada a la aparición del cáncer del cuello uterino.

Fuente: Institución Nacional de Cáncer de Venezuela. (Año 2014).

2.3. Asociaciones y grupos de pacientes en el ámbito de la salud.

La participación de los pacientes supone un nuevo modo de entender la relación entre estos, los profesionales y sistemas de salud, no sólo desde el prisma del conocimiento, el manejo y el control de la propia salud, de manera individual o colectiva; sino también desde la influencia que puede llegar a tener en la planificación de políticas sanitarias. El aumento de la esperanza de vida y la consecuente prevalencia de enfermedades crónicas.

La morbilidad por cáncer en Venezuela se obtiene del registro central de casos del Departamento de Oncología y de la información epidemiológica de la Dirección de Epidemiología del Ministerio del Poder Popular para la Salud. La mortalidad se obtiene de los Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital hasta el año 1996 y de allí en adelante, de los Anuarios de Mortalidad, publicados por el mismo ministerio.

2.4. Incidencia pública.

Para el año 2016 se previó un crecimiento; tanto para la mortalidad como para la incidencia en el cáncer de cuello uterino. En este sentido, se estimó para dicho año alrededor de 1764 mujeres fallecidas lo cual representa 6 decesos más por cada 100.000 mujeres en comparación al año 2013.

En el caso de la incidencia se estimó 4196 nuevos casos; es decir, 5 mujeres más que presentarían este tipo de cáncer por cada 100.000 fémias en comparación al año base (año 2012).

Tabla 1. Resumen de proyecciones de incidencia y mortalidad para cáncer de cuello uterino.

Año	Mortalidad	Taza Mortalidad	Incidencia	Taza Incidencia
2013	1623	10,79	3969	25,91
2014	1716	11,39	4095	27,19
2015	1740	11,40	4145	27,15
2016	1764	11,40	4196	27,12

Fuente: “Pronósticos de Incidencia y Mortalidad del Cáncer, año 2016”. SAV-CEsMA.

2.5. Los enfoques y metodología para la evaluación de programas y proyectos de incidencia pública.

Con referencia a los enfoques y metodología para la evaluación de programas y proyectos de incidencia pública podemos entender que se trata de recopilar y sistematizar los insumos base para el análisis que se realizará en las fases metodológicas posteriores. Esta recopilación consiste en lo siguiente: reconstitución del marco ético político que orienta la política en análisis: esto significa explorar todas aquellas fuentes concernientes a las orientaciones de política que den cuenta del grado de prioridad gubernamental y sectorial atribuida al tema; así como también de los principios y criterios de gestión definidos como relevantes en el diseño e implementación de acciones específicas desarrolladas en este ámbito.

Los cuatro principales enfoques de control del cáncer son:

- La prevención. Implica eliminar o disminuir al mínimo la exposición a las causas del cáncer e incluye reducir la sensibilidad individual al efecto de esas causas. Este enfoque ofrece el mayor potencial para la salud pública y es el método de control del cáncer más económico a largo plazo. El tabaco es la principal causa de cáncer en todo el mundo y en la lucha contra el cáncer cada país debe asignar la más alta prioridad al control del tabaco.
- La detección temprana. El mayor conocimiento de los signos y los síntomas del cáncer contribuye a la detección temprana de la enfermedad. Cuando se cuenta con pruebas para detectar el cáncer de sitios específicos y las instalaciones son apropiadas, el tamizaje de individuos aparentemente sanos puede revelar la presencia de tumores malignos en los estadios iniciales o precursores, cuando el tratamiento puede ser más eficaz. La detección temprana sólo tiene éxito, cuando se vincula con un tratamiento eficaz.
- El diagnóstico y el tratamiento. El diagnóstico del cáncer requiere una combinación de cuidadosa evaluación clínica e investigaciones de diagnóstico.

Una vez que se confirma un diagnóstico, es necesario determinar el estadio del tumor para evaluar la extensión de la enfermedad y poder proporcionar el tratamiento pertinente. El tratamiento del cáncer procura curar, prolongar la vida útil y mejorar la calidad de vida. Los servicios de tratamiento deben asignar prioridad a los tumores tempranamente detectables y los cánceres en potencia curables. Además, los métodos de tratamiento deben incluir el apoyo psicosocial, la rehabilitación y una estrecha coordinación con la asistencia paliativa para asegurar la mejor calidad de vida posible para los pacientes con cáncer.

- Los cuidados paliativos. En gran parte del mundo, la mayoría de los pacientes con cáncer presentan enfermedades avanzadas. Para ellos, la única opción realista de tratamiento es el alivio del dolor y los cuidados paliativos. Existen métodos eficaces de asistencia paliativa para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

2.6. Tamizaje para detectar el CCU.

El CCU es el segundo cáncer más frecuente en las mujeres en todo el mundo, con medio millón de casos nuevos cada año (Ferlay et al., 2000). El tamizaje mediante el examen de un frotis cervical, más el adecuado tratamiento de seguimiento, pueden lograr grandes reducciones de las tasas de incidencia y mortalidad (Miller et al., 1990).

En el programa nacional de control del cáncer, siempre que se disponga de laboratorios para examinar los frotis e instalaciones para el tratamiento de las anormalidades, el objetivo inicial debe ser someter una vez a tamizaje a cada mujer de 35 a 40 años de edad. Cuando este objetivo se ha logrado en el 80% del grupo propuesto, la frecuencia del tamizaje debe aumentar a uno cada 10 años y, luego, cada 5 años para las mujeres de 30 a 60 años de edad; según lo permitan los recursos.

Es importante reconocer que los esfuerzos por aumentar; tanto la calidad de las pruebas de laboratorio como la observancia de la población destinataria son sumamente importantes, En consecuencia, los programas bien organizados son esenciales (Hakama et al, 1985).

El aumento de la frecuencia de tamizaje o su extensión a edades más tempranas no compensan las deficiencias en la calidad de las pruebas de laboratorio y la observancia (Miller, 1992). En varios países de escasos recursos, existen pocas instalaciones de laboratorio para estudios de citología cervical. Esto hace imposible planificar el tamizaje para detectar CCU usando la citología cervical. En esos entornos, se están investigando métodos de bajo costo. La inspección visual del cuello uterino mediante un espejo después de la aplicación de ácido acético (IVAA) —realizado por personal de salud especialmente capacitado— para ayudar a detectar lesiones precancerosas parece ser un método prometedor.

Según el informe de una reunión de consulta de la OMS (WHO, 2001a): “El desempeño de las pruebas de IVAA indica que tienen una sensibilidad similar a la de la citología cervical en la detección de NIC (neoplasia intraepitelial cervical); pero tiene una especificidad inferior. Se requieren investigaciones adicionales para mejorar la especificidad sin comprometer la sensibilidad. La información obtenida en estudios en marcha acerca de la sensibilidad determinada longitudinalmente, la eficacia en reducir la incidencia del cáncer cervicouterino y la mortalidad que provoca, la eficacia en función de los costos y la seguridad de estas pruebas, será útil para formular políticas de salud pública que guíen la organización de programas de tamizaje en masa de la población, basados en las pruebas de IVAA en los países en desarrollo.

En una reunión de consulta de la OMS (WHO, 2001a) se llegó a la siguiente conclusión: “En los países de ingresos medianos con alguna capacidad para pruebas de laboratorio y repercusión limitada de las prácticas de tamizaje basadas en la citología, la prueba de ADN del VPH como técnica primaria de tamizaje puede ofrecer una opción para la reducción de la incidencia del CCU.

Las investigaciones en curso deben proporcionar datos sobre el equilibrio de costos y beneficios de los programas de tamizaje que adoptan la prueba del VPH como una prueba independiente de tamizaje.

La demostración definitiva de la capacidad para reducir la incidencia del CCU sólo puede ser proporcionada por ensayos de intervenciones cuidadosamente realizados”.

De acuerdo con este teórico al aplicar estrategias se puede llegar al conjunto de acciones planificadas anticipadamente, con el objeto de recopilar los recursos y potencialidades para el logro de metas y objetivos de expansión y crecimiento organizacional.; Pudiendo ser aplicado con basamento en la metodología estadística con el apoyo de encuestas realizadas a un porcentaje determinado de pacientes que acuden al Servicio de Oftalmología del HUC con el fin de evaluar la propuesta afianzada en los resultados de la misma. Por tal motivo, se sugiere en el caso de las estrategias gerenciales para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino en el Servicio de Oftalmología del “Hospital Universitario de Caracas”, lo siguiente:

- Tomar las medidas necesarias para impulsar estrategias de detección a tiempo del cáncer de cuello uterino en todos los servicios del hospital.
- Tomar las medidas necesarias para que en el mecanismo de toma de muestra citológica se lleve una referencia histórica de las incidencias clínicas que presenta cada paciente en función de monitorear a posteriori, aspectos relacionados con la detección del cáncer de cuello uterino.
- Facilitar los medios y recursos necesarios para implementar estrategias gerenciales que coadyuven a los pacientes a prevenir la aparición del cáncer de cuello uterino.

- Estimular técnicas de producción y distribución de información a las pacientes femeninas potenciales y no potenciales a contraer la enfermedad en cuanto el control preventivo y su contribución y responsabilidad de contraer el cáncer cérvix.
- Especializar métodos, estrategias las medidas gerenciales para prevenir a tiempo y de manera eficaz las incidencias de cáncer de cuello uterino que asiste al hospital.
- Optimizar o aplicar de mejor manera los métodos de prevención de cáncer de cuello uterino.
- Solicitar colaboración a nivel organizacional para monitorear frecuentemente, incidencias, reportes, registros, historias clínicas y demás información relacionada con el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino.

2.7. Gerencia.

La gerencia podemos definirla como la ciencia que enseña la manera más eficaz de conducir las organizaciones hacia objetivos y metas previamente fijadas. La gerencia es un cargo que ocupa el director de una empresa en la cual desempeña múltiples funciones ; entre ellas la representación ante la sociedad del cargo ejercido , coordinación de todos los recursos y trabajadores previamente formados con el fin de la realización o cumplimiento de una tarea específica ; a través del proceso de planeamiento, organización dirección y control a fin de lograr objetivos establecidos.

Según Antúnez (año 2000), la gerencia “es un trabajo intelectual realizado por personas en un medio organizacional” (p. 9). Requeijo y Lugo (año 1998), precisan “que la gerencia es parte de la administración y se encarga del quehacer educativo, la cual debe irse adaptando a las condiciones políticas, sociales, económicas y tecnológicas” (p.57).

La gerencia cumple una función muy importante en el presente trabajo, ya que permite brindar los instrumentos para la planificación, captación, evaluación y administración de los recursos, con el fin de alcanzar la meta propuesta en este trabajo de investigación.

2.8. Gerencia en salud.

La gerencia en salud es la ciencia o el área de la administración en el cual se debe velar por la planificación y dirección del sector público y privado en el campo de la salud. La misma está encargada de orientar a los pacientes acerca del cuidado de su salud con respecto a una institución u organización. Según Tovar (año 2000); “La medicina no se integra de forma compleja al mundo de los negocios. La medicina desempeña un rol particular en la sociedad que no comparte íntegramente con aquellos que ha sido denominado “industria de la atención médica” (p.15)

Hoy en día, es de suma importancia que las empresas y organizaciones tanto públicas como privadas funcionen de manera eficiente para cumplir sus objetivos en pro de alcanzar la satisfacción de sus clientes. Por tal motivo Mendoza y Robles (2000) mencionan “De manera especial en el Sector Salud, uno de los sectores sociales más importantes en el país, se hace imperativo el desarrollar esas aptitudes, actitudes y capacidades en el potencial humano que haga que las organizaciones sean realmente gerenciadas” (p.9)

2.9. Administración de organizaciones.

Según Chiavenato (2004) es “el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos para lograr los objetivos organizacionales” (p.10). Por tal motivo, podemos decir que la administración es el acto al que se dedican los gerentes para administrar, gestionar, planificar, dirigir los recursos y personas de las organizaciones o empresas, con el fin de lograr los objetivos y metas planteadas de una manera eficiente y eficaz.

Para Chiavenato (2000) “Una organización es un sistema de actividades conscientemente coordinadas, formado por dos o más personas, cuya cooperación recíproca es esencial para la existencia de aquella” (p.7). De acuerdo a esta definición se puede comentar que una organización es un sistema diseñado para alcanzar ciertas metas y objetivos planteados mediante una planificación estratégica.

Estos sistemas pueden, a su vez, estar conformados por otros subsistemas relacionados que cumplen funciones específicas.

2.10. Niveles organizacionales.

Son las estructuras que definen las responsabilidades, la autoridad y el sistema de comunicación dentro de la organización, con el cual se buscan las soluciones y los logros de los objetivos; según el criterio funcional.

Para Chiavenato (2000) las empresas se dividen en tres niveles organizacionales que son:

1. Nivel institucional. Corresponde al nivel más elevado de la organización. Está compuesto de los directores, propietarios o accionistas y los altos directivos.
2. Nivel intermedio. También llamado nivel táctico, mediador o gerencial.
3. Nivel operacional. Denominado nivel o núcleo técnico. Se halla localizado en las áreas internas e inferiores de la organización. (pp.38-39)

2.11. Política organizacional

Son las orientaciones o líneas institucionales que deben ser divulgados, entendida y acatada por todos los miembros de la organización, en el cual se contemplan las normas y responsabilidades de cada una de las áreas y niveles de la organización. Para Chiavenato (2000) “Las políticas son reglas que se establecen para dirigir funciones y asegurar que éstas se desempeñen de acuerdo con los objetivos deseados” (p.161).

2.12. Estrategia corporativa.

La estrategia brinda un modelo unificado e integrador de decisiones que se emplea para determinar y revelar el propósito de la organización en términos de los objetivos a largo plazo, programas de ejecución y las prioridades de los recursos.

Para Chiavenato (2002) “La estrategia corporativa se refiere al comportamiento global e integrado de la empresa en relación con el ambiente que la circunda” (p.28)

2.13. Planeación estratégica de una organización.

La planeación o planificación, (como también es conocida) es la etapa del proceso administrativo mediante el cual se establecen las estrategias en función de alcanzar los objetivos y metas generales y específicas en un lapso determinado. Según Mintzberg (1994 citado en Cámara, Berzosa y Correa, 2005) define: La planeación es un procedimiento formal para generar resultados articulados, en la forma de un sistema integrado de decisiones. En otras palabras, la planeación se refiere a la formalización, lo que significa la descomposición de un proceso en pasos claros y articulados... y de esta manera replicados y verificados formalmente. La planeación está asociada de esta manera a un análisis racional. (p.55)

La estrategia es el camino, o enfoque posible a emplear para el logro de los objetivos. Castellano (2010) define estrategia como: “El curso de acción que conduce a la distribución en el tiempo de los recursos, para lograr un objetivo” (p.21); es decir que pueden utilizarse diversos criterios para priorizar las posibles estrategias. Como criterio general, suele recomendarse incidir en aquellas estrategias que potencien las fortalezas internas de la organización y sirvan para superar sus debilidades principales; así como para posicionarse adecuadamente en el entorno en el que se opera, reduciendo los riesgos o amenazas que presenta y aprovechando las oportunidades que el mismo ofrece. La planeación estratégica es una herramienta que permite a las organizaciones prepararse para enfrentar las situaciones que se presentan en el futuro.

CAPÍTULO III

MARCO ORGANIZACIONAL

El marco organizacional trata de señalar los rasgos más resaltantes de la organización sujeto de estudio. Misión, visión, objetivos, valores o funciones que guían la institución.

3.1. Antecedentes de la institución.

La creación del Hospital Universitario de Caracas se remonta al año 1943, cuando el presidente de la República General Eleazar López Contreras, consideró urgente la construcción de un hospital de envergadura; ya que el Hospital Vargas con 52 años de actividades era insuficiente para atender las necesidades médico - asistenciales de la población.

Ese mismo año, se inicia la construcción del Hospital Universitario de Caracas; bajo la coordinación de una comisión planificadora integrada por el arquitecto Carlos Raúl Villanueva, el ingeniero Guillermo Herrera, Armando Vargas y los asesores norteamericanos Frank Mc Vey Thomas Penton.

En 1948 el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social dictó una resolución que creó la Comisión Preparatoria de la Administración del Hospital, integrada por un destacado grupo de médicos; siendo los doctores Fernando Rubén Coronel y Jorge Soto Rivera, presidente y secretario respectivamente. Esta comisión, se encargó de la redacción de los planes gerenciales que serían ejecutados al comenzar las actividades del hospital.

Los honorables miembros de esta Comisión (después de un cuidadoso estudio) concluyeron que el hospital debía ser considerado administrativamente como un Instituto Autónomo y oficialmente es decretado con este calificativo adscrito al Ministerio de Sanidad el 11 de mayo de 1956; publicado en la Gaceta Oficial N° 25.051.

Se decidió que el comienzo de sus actividades fuera el 16 de mayo de 1956, acto presidido por el Dr. Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro, eminente médico, Ministro de Sanidad y Profesor Jefe de la Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

Fuente: Plaza Izquierdo F. Hospital Universitario de Caracas. Recuento Histórico en su trigésimo aniversario (1956 – 1986), Volumen I. Caracas: Ediciones Imprenta Universitaria; 1986

3.2. Visión, Misión, Objetivos, Valores o Funciones.

Misión.

En el Instituto Autónomo "Hospital Universitario de Caracas", tenemos como propósito crear, desarrollar y aplicar procesos integrales de salud de altísima calidad, mediante actividades de prevención, asistencia, investigación y docencia; con la finalidad de atender a pacientes, familiares y a instituciones que demanden servicios relacionados con la salud y formar los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Todo ello con recursos humanos de excelente formación académica, con conocimientos actualizados y con aplicación de tecnologías avanzadas.

Visión.

Nuestra Visión como Hospital Universitario, es funcionar integrado al Sistema Nacional de Salud, cumpliendo los acuerdos y actividades docentes, asistenciales y de investigación. Contamos con una estructura organizativa, flexible, ágil y efectiva que responde a las exigencias del entorno.

Objetivo.

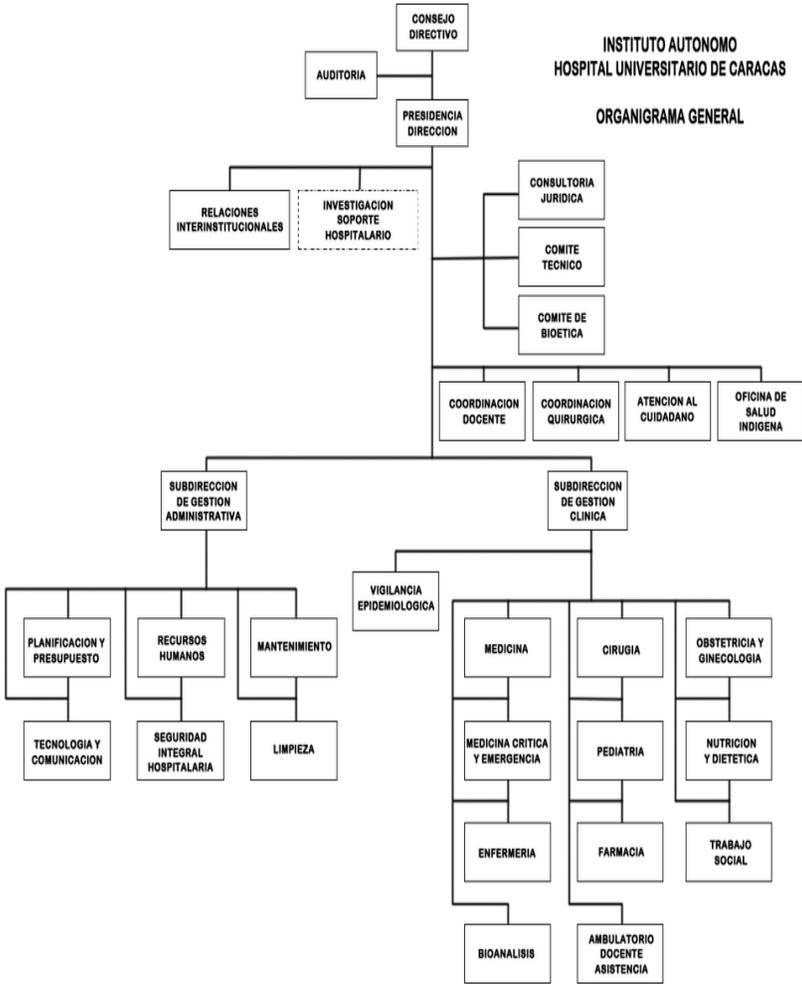
“Brindar atención especializada e integral, en situaciones de emergencias y urgencias médico quirúrgicas “

Funciones.

- Garantizar la cobertura de atención medica quirúrgica de emergencia en forma oportuna y eficaz a la población demandante.
- Apoyar la atención de emergencia y desastres a nivel nacional, en coordinación con las instancias pertinentes.
- Apoyar la docencia e investigación.
- Formar talento humano para la salud del país a nivel internacional.
- Realizar investigación de alto nivel; cuyos resultados se difunden en investigaciones científicas de impacto internacional.

Fuente: Trabajo Especial de Grado, Investigación de la Cultura del Trabajo en Equipo en el Departamento de Bioanálisis del Hospital Clínico Universitario de Caracas Para definir Estrategias de Cambio, Autor: Olivia del C. Loreto N.

3.3. Estructura organizacional.



Fuente : Hospital Clínico Universitario
<http://huc2011oficial.orgfree.com/organigrama.html> consulta 09/11/2018.

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

Según Balestrini (2016), el marco metodológico es la instancia referida a los métodos, las diversas reglas, registros, técnicas y protocolos con los cuales una Teoría y su Método calculan las magnitudes de lo real. En este capítulo se presenta el marco metodológico que tiene por objeto señalar cuál será el alcance de la investigación, su estrategia para dar la respuesta a la pregunta y a los objetivos, identificar la muestra, entre otros. La presente investigación está representada por los siguientes criterios:

4.1. Tipo de investigación.

El tipo de investigación se refiere a cuál es el alcance de la investigación, orienta sobre la finalidad general del estudio y sobre la manera de recoger la información o datos necesarios. Atendiendo a este planteamiento, la presente investigación es de campo. Para Hernández, Fernández y Baptista (2003) el estudio es de tipo transversal, no experimental, en un nivel descriptivo “son aquellos cuya intención consiste en la recolección y análisis de información recogida en el mismo sitio donde se presenta el problema, en su ambiente natural, extraídos de primera mano”. (p.187).

Este estudio considerado como de campo, trata de analizar detalladamente la realidad existente en el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas, para la interpretación de los datos y resultados obtenidos, con el fin de generar estrategias gerenciales dirigidas al diagnóstico precoz del CCU en las pacientes que consultan a este servicio.

4.2. Diseño de investigación.

Este concepto define cual es la estrategia a aplicar, en cuanto a su diseño, el estudio de tipo transversal, no experimental, en un nivel descriptivo ya que según Cervo y Bervian, P. (1989) " ...tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables" (p.270).

De acuerdo con este planteamiento se puede definir que la presente investigación tiene características de un diseño no experimental ya que permite tomar la información en forma objetiva, garantizando así la confiabilidad de los datos obtenidos al investigar los efectos de la interacción entre los diferentes tipos de variables en el lugar de los hechos según Hernández, Fernández y Batista (2003).

En el diseño de tipo no experimental las variables no se manipulan intencionalmente; sino que solo se observa y se analiza el fenómeno tal y como es en su contexto natural, este a su vez se divide en longitudinal y transversal, el trabajo se basará en el diseño no experimental en vista de que no se manipularán las variables (p.184), los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Ibídem p.270) el siguiente trabajo solo recolectará y analizará datos en un tiempo determinado, por lo que es considerado un estudio de tipo no experimental y transversal.

Hernández 2003 (p.117) Los estudios de tipo descriptivo son los que buscan especificar las propiedades, características y perfiles importantes de personas, comunidades, grupos etc. que posteriormente se someta a un análisis debido a que esta permitirá encontrar los problemas en el proceso logístico del Servicio de Oftalmología del HUC, para que después estos sean analizados y descritos, de esta manera encontrar los factores claves del proceso para a futuro proponer un modelo logístico.

4.3. Población y muestra de la investigación.

Se refiere a cuáles serán los sujetos estudiados, la población según Arias (2008): “es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para las cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación (p.94). De igual manera, la población queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio” (Ramírez, 2007, p.81).

Tomando en cuenta esta información en la investigación realizada la población se define como una población infinita en vista de que el grupo de elementos que la integra es un grupo no definido, del cual no se conoce el número total de pacientes que asisten al Servicio de Oftalmología del “Hospital Universitario de Caracas”.

Para Morles (1999), una población finita es: “aquella lo bastante grande con relación al sistema de servicio como para que el cambio de tamaño ocasionado por sustracciones o adiciones a la población no afecte significativamente las probabilidades de los resultados...” (p.124)

En este sentido, se procederá a seleccionar de la población una muestra, la misma según Hernández, Fernández, Batista (2003) es: “...un subconjunto o representación de la población que se estudia, de las cuales pueden ser extensivos los resultados” (p.300).

La muestra se divide en dos tipos; probabilísticos y no probabilísticos. En esta investigación se empleó el método probabilístico, para Hernández, Fernández, Batista (2003) son: “...todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos. Esto se obtiene definiendo las características de la población, el tamaño de la muestra y a través de una selección aleatoria y/o mecánica de las unidades de análisis...” (p.302). Y Arias (2006) lo define como: “...proceso en el que se conoce la probabilidad que tiene cada elemento de integrar la muestra...” (p.22)

El tipo de muestreo empleado será probabilística simple, Hernández, Fernández, Batista (2003) nos señalan que son aquellas: “...se eligen aleatoriamente para asegurarnos de que cada elemento tenga la misma probabilidad de ser elegido...” (p.312).

También la autora Aria (2006) lo describe: “...procedimiento en el cual todos los elementos tienen la misma probabilidad de ser seleccionados. Dicha probabilidad, conocida previamente, es distinta de cero y de uno...” (pp.22-23)

En este proyecto de investigación se plantea seleccionar tomando en cuenta el número desconocido de la población, la limitación de tiempo y de recursos económicos. También se considera conveniente escoger una muestra representativa de acuerdo al conocimiento adquirido en el Servicio de Oftalmología del HUC.

En cuanto a los criterios para la selección de la muestra; ésta quedó delimitada de acuerdo a los criterios de inclusión y a las necesidades de la investigadora. Para la selección de la población a través de la técnica del muestreo probabilístico, se procederá por medio de los siguientes señalamientos o parámetros:

- Ser paciente en turno matutino del HUC, por ser el turno con mayor asistencia de pacientes.
- Deberán ser pacientes femeninas con edad a partir de 25 años en adelante.
- Grado de instrucción académica de las pacientes.
- Nivel socioeconómico.
- N° de hijos.
- Pacientes inmunosuprimidas.
- Pacientes que usan anticonceptivos.
- Por la limitación de tiempo y recursos, fueron seleccionadas treinta y cinco (35) pacientes para la aplicación del instrumento.
- Ser personal de salud (residentes femeninas con un mínimo de 2 años de experiencia) que trabajen en HUC.

4.4. Técnica de recolección de los datos.

Balestrini, (año 2002) señala que la técnica de recolección de información se define como un conjunto de procedimientos utilizados para recopilación de información que se deben incorporar y aplicar a lo largo de todo el proceso para medir la variable y recolectar la información necesaria para su posterior análisis y conclusiones.

Las técnicas de recolección de datos en una investigación, según Arias (año 2006) lo siguiente:

Corresponde a las distintas formas o guías para obtener la información requerida; algunas de estas técnicas son: la observación directa, la encuesta en sus dos modalidades (entrevista no estructurada y encuesta con cuestionario), análisis documental, análisis de contenido; entre otros. Los instrumentos son los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información. (p.114)

La técnica de la recolección de datos que se empleó dentro de la investigación de campo fue la encuesta para recabar la opinión de las pacientes que asisten al Servicio de Oftalmología del HUC con las especificaciones seleccionadas. Arias (2006) define a la encuesta como “Método o técnica que consiste en obtener información acerca de un grupo de individuos. Puede ser oral (entrevista) o escrita (cuestionario)” (pp.43-44).

La recopilación de información se hizo por medio del cuestionario, basado en diez (10) preguntas formuladas, a ser contestadas por escrito para establecer la opinión del personal seleccionado del Servicio de Oftalmología del HUC.

Tamayo y Tamayo (año 2001) afirman que, el cuestionario constituye una forma concreta de la técnica de observación, “Contiene los aspectos del fenómeno que se consideran esenciales, permite, además, aislar ciertos problemas que nos interesan principalmente; reduce la realidad a cierto número de datos esenciales y precisa el objeto en estudio” (p.185).

Con el fin de obtener información de esta investigación se utilizará la observación directa, la misma consiste en visualizar y escuchar; tanto hechos como fenómenos que se desean asimilar mediante el uso sistemático de los sentidos, para la búsqueda de resultados satisfactorios y necesarios con el fin de lograr los objetivos planteados al inicio de la investigación. De esta manera lo hace saber Sabino (año 1992) cuando dice: “La observación científica es la forma de percibir activamente la realidad exterior con el propósito de obtener los datos que, previamente, han sido definidos como de interés para la investigación”. (p.141)

De acuerdo a Hurtado (año 2008) la observación es la percepción orientada en la obtención de la información de uno o más hechos, fenómenos, registrándolos y constituyéndose en datos recolectados. A continuación, se describirá, por pasos, la técnica de recolección de datos

Paso 1:

El instrumento es un trabajo de investigación considerado como “...un dispositivo de sustrato material que sirve para registrar los datos obtenidos a través de las diferentes fuentes...” (Ramírez, 2007, p.137)

El instrumento que se aplicará para la obtención de los datos requeridos es un cuestionario de diez (10) preguntas realizadas a pacientes de sexo femenino mayores de 25 años en adelante que consultan en el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas; así como también al personal de salud (médicos residentes femeninas con un mínimo de 2 años de experiencia) que labora en el mismo.

Según Méndez. (1995), el cuestionario es: “...un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir que contiene categorías o alternativas de respuestas que han sido delimitadas”. (p.285); así como también al personal de salud (médico residente femenina con un mínimo de 2 años de experiencia) que labora en el mismo.

En la investigación realizada, este instrumento evaluará el grado de conocimiento que tenían tanto las personas que integran como las pacientes que consultan en el Servicio de Oftalmología del HUC. Además de evaluar el nivel de conocimiento que tenían las pacientes acerca de las estrategias de prevención del CCU.

Paso 2:

A continuación, se muestra el detalle de los elementos y cómo quedó conformada la muestra; seleccionada de una población femenina de pacientes que acude a consulta en el Servicio de Oftalmología del HUC tomando en cuenta: edad, Grado de instrucción académica, nivel socioeconómico, N° de hijos, si son inmunosuprimidas o no, si usan anticonceptivos etc.; así como también al personal de salud (médicos residentes) que laboran en el Servicio de Oftalmología del HUC.

Paso 3:

Se diseñó y desarrolló un cuestionario a las pacientes que consultan en el Servicio de Oftalmología del HUC.

De igual forma, se diseñó y desarrolló un cuestionario al personal de salud, médicos residentes femeninos con mínimo de 2 años de experiencia que laboran en el Servicio de Oftalmología del HUC.

Paso 4:

En cuanto a la validez, Hurtado (2008), expresa respecto a la validez de la investigación que ésta es: "...la cualidad que reúne un instrumento para recabar los datos pertinentes a las variables del estudio" (p.187).

Se realizó la validez del contenido mediante el juicio de 2 especialistas en el área de Ginecología y Oftalmología; quienes validaron el cuestionario.

A tal fin, se entregó un ejemplar a los profesionales para que ofrecieran sugerencias en cuanto a mejorar la redacción, organización y pertinencia de las preguntas. En atención a sus recomendaciones se realizaron los cambios y se aplicará el instrumento a la población en estudio.

Paso 5:

Se realizó una prueba piloto a seis (06) pacientes, que no forman parte de la muestra seleccionada; pero con características similares y a seis (06) trabajadoras del área de salud (médicos residentes con un mínimo de 2 años de experiencia) en el HUC.

Paso 6:

Se elaboró la versión definitiva del instrumento, tomando en consideración las sugerencias de los participantes en la prueba piloto.

Paso 7:

Se Aplicó el Cuestionario a la muestra seleccionada para esta investigación.

Procedimiento:

A continuación, se preceda a describir el procedimiento a emplear:

- Recopilación y revisión exhaustiva de la bibliografía que trata del objeto de estudio.
- Revisión y análisis de la visión, misión, organigrama y objetivos del servicio de Oftalmología del HUC.
- Elaboración del cuestionario.
- Aplicación del cuestionario a la muestra seleccionada de pacientes que acuden a consulta en el Servicio de Oftalmología del HUC.
- Aplicación del cuestionario a la muestra seleccionada del personal de salud
- médicos residentes con un mínimo de 2 años de experiencia que acuden a consulta en el Servicio de Oftalmología del HUC.
- Elaboración de la tabla de respuestas emitidas.
- Elaboración de una hoja de registro.
- Registro, análisis e interpretación de datos.

4.5. Técnica de análisis de los datos.

En el mismo orden de ideas Seltis, C y Cols año 1.976 citado a Balestrini, M (2002) explica:” ...El propósito de análisis es resumir las observaciones llevadas a cabo de forma tal que proporcionen respuestas a las interrogantes de la investigación. El análisis implica el establecimiento de categorías.

La ordenación y manipulación de los datos para resumirlos y poder sacar algunos resultados en función de las interrogantes de la investigación. Este proceso tiene como fin último reducir los datos de una manera comprensible, para poder interpretarlos y poner a prueba algunas relaciones de los problemas estudiados...” (p.169).

“...En todo caso, el análisis e interpretación de los datos se convierte en la fase de aplicación de la lógica deductiva e inductiva en el desarrollo de la investigación.

Para esta estrategia, los datos, según sus partes constitutivas, se clasifican, agrupándolos, dividiéndolos y subdividiéndolos, atendiendo a sus características y posibilidades, para posteriormente reunirlos y establecer la relación que existe entre ellos, a fin de dar respuestas a las preguntas de investigación...” (p.170).

A los efectos del estudio, los objetivos planteados al inicio de la investigación se referían a identificar, mencionar y describir: estrategias gerenciales utilizadas en el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino; actores que influyen para que los facultativos no puedan realizar el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino y describir un constructo que contenga estrategias gerenciales que puedan coadyuvar al diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino de las pacientes que consultan al Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas.

4.6. Operacionalización de variables.

Las variables de una investigación para Ballestrini (2002) “...son propiedades que pueden variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse. (p.143). Las variables se refieren a propiedades de la realidad que varían, es decir, su idea contraria son las propiedades constantes de cierto fenómeno. Arias (2006), menciona que la operacionalización de variables “se emplea en investigación científica para designar al proceso mediante el cual se transforma la variable de conceptos abstractos a términos concretos, observables y medibles, es decir, dimensiones e indicadores” (p.63). Las variables objeto de estudio son las que se especifican en el cuadro 3 se presenta las variables de los objetivos específicos.

En el presente estudio se desarrollan las siguientes variables: como variable independiente: Estrategias gerenciales para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino en las pacientes que consultan al Servicio de Oftalmología del HUC, y como variable dependiente: Fortalecimiento de la prevención y pesquisa del cáncer. Es un proceso que se inicia con la definición de las variables en función de factores estrictamente medibles; lo cual obliga posteriormente romper el concepto difuso que ella engloba y así darle sentido concreto dentro de la investigación.

Luego en función de ello se procede a realizar la definición operacional de la misma para identificar los indicadores que permitirán realizar su medición de forma empírica y cuantitativa, al igual que cualitativamente llegado el caso (Óp. Cit, Ballestrini (2002).

A continuación, la tabla número 2, que presenta el sistema de operacionalización de las variables en estudio:

Tabla 2. Operacionalización de variables

Objetivos Específicos	Dimensión	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional (Indicadores)
Indicar las prácticas adecuadas que pueden contribuir al diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino (CCU) en pacientes femeninas que consultan el Servicio de Oftalmología del HUC; así como también al personal de salud (residentes) que laboran en el Servicio de Oftalmología del HUC, en la actualidad.	Exámenes de Detección	Historia Clínica Antecedentes Familiares Examen Ginecológico Prueba de Papanicolaou (Pap)	Conjunto de exámenes de detección precoz del CCU que conforman la base del diagnóstico precoz de la enfermedad, su adecuado pronóstico y su efectivo tratamiento.	Encuesta Pacientes: Preguntas: 1-5
	Exámenes de Detección Especiales	Biopsia de Cuello Uterino		
	Análisis de Riesgo	Hábitos Tabáquicos Promiscuidad Ausencia de Pesquisa	Conjunto de factores de riesgo que contribuyen a la aparición temprana de CCU en la población femenina	
Describir las prácticas utilizadas para el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino de las pacientes que consultan el Servicio de Oftalmología del HUC; así como también al personal de salud (residentes) que laboran en el Servicio de Oftalmología del HUC, en la actualidad.	Exámenes de Detección Análisis de Riesgo	Igual al Objetivo Específico 1.	Igual al Objetivo Específico 1.	Encuesta Profesionales de Salud: Preguntas: 6-10
Proponer un plan de estrategia gerencial preventivo para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino de las pacientes que consultan el Servicio de Oftalmología del HUC; así como también al personal de salud (residentes) que laboran en el Servicio de Oftalmología del HUC, en la actualidad.	Historia Clínica Examen Ginecológico Pruebas Diagnósticas Promoción y Prevención en Salud Análisis de Riesgo Conducta Institucional	Calidad de la Historia Clínica Frecuencia de Examen Ginecológico Frecuencia de Exámenes de Detección Campaña de Concientización Disminución de factores de Riesgo Inclusión de Pruebas en Rutinas Preoperatorias	Conjunto de acciones gerenciales tendentes a mejorar la detección precoz del CCU, minimizar los factores de riesgo y crear una cultura de prevención en la población femenina	Indicadores Calidad Historia Clínica Indicadores de Frecuencia de Exámenes de Detección Precoz CCU Indicadores Factores de Riesgo Indicadores Modificación de Conducta Institucional

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.

Según el Manual para la Elaboración del Trabajo de Grado de la Universidad Experimental Libertador (2012) refiere que las bases legales “son todos aquellos fundamentos legislativos que apoyan la investigación de forma integral” (p.17).

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36.787.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su Artículo 83 expresa sobre la salud, que la misma es:

...un derecho social y fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y el saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. En este artículo refleja la importancia del derecho a la salud. A su bienestar, y mejorar su calidad de vida.

En el Artículo 84 (Constitución de la República Bolivariana de Venezuela) se contempla la garantía de salud como derecho y para ello el Estado:

...creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son prioridad del Estado y no podrán ser privatizados.

Lo anterior explica que la comunidad organizada tiene derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instrucciones públicas de salud. Este artículo también expone la garantía al derecho de salud de modo gratuito y público dando prioridad a la promoción, prevención de enfermedades dentro de un sistema de vida adecuada al individuo, familia y comunidades organizadas, aplicando estrategias y control de políticas sanitarias, facilitando el conocimiento técnico y científico de enfermedades que puedan afectar la población.

También se deduce en el texto citado que el Estado tiene bajo su potestad el cuidado y preservación de la salud pública, garantizando la asistencia médica a todos los venezolanos; es por ello que los organismos competentes de la salud se mantienen en vigilancia constante en la promoción y prevención de enfermedades.

Ley Orgánica de Salud Gaceta Oficial N° 36.579 de fecha 11 de noviembre de 1998 (LOS).

Esta Ley tiene por objeto crear una normativa pertinente a la salud en el territorio de la República estableciendo los criterios de salud como proceso integral, determinando la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación del servicio de salud, en acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica, de conformidad y gratuidad, establecido en la Constitución de la República, de igual manera regula los deberes y derechos de los beneficiarios, el régimen cautelar sobre las garantías en la prestación de dichos servicios, actividades de los profesionales y técnicos en ciencias de salud, así como también la relación entre los establecimientos de atención médica (Art. 1, LOS)

En su texto (específicamente en el Título I) se expresa lo pertinente acerca de las Disposiciones Generales, (Artículo 3) Los servicios de salud para impartir bienestar a todos los habitantes del país funcionando de conformidad con los siguientes principios:

Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de servicios de promoción, saneamiento ambiental, gestión y funcionamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.

Principio de Coordinación: La administración pública y establecimientos de atención médica deberán trabajar en conjunto en el ejercicio de las funciones, acciones y manejo de recursos.

Principio de Calidad: En establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios una excelente calidad en la prestación de servicios, la misma contara con criterios de integridad, personalización, continuidad, oportunidad, y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.

En cuanto al capítulo III, (LOS) expresa lo propio referente a la prestación de servicios de atención médica y con respecto a la misma el artículo 28, reza:

“La atención integral de la salud de personas familias y comunidades, comprende actividades de prevención promoción, restitución y rehabilitación que será prestada; Establecimientos que cuenten con los servicios de atención correspondientes. A tal efecto y de acuerdo con el grado complejidad de las enfermedades y de los medios diagnóstico y tratamiento, estos servicios se clasifican en tres niveles de atención.

En el artículo mencionado se habla de tres niveles, los mismos explicados en artículos posteriores, a saber:”

El primer nivel de atención médica estará a cargo del personal de salud, el mismo será prestado con una dotación básica. Dicho nivel cumplirá acciones de promoción protección, prevención, diagnóstico y tratamiento en forma ambulatoria, sin distinción de edades, sexo o motivos de consulta (Art. 29, LOS).

El segundo nivel de atención médica cumple acciones de promoción, protección, prevención, diagnóstico tratamiento en forma ambulatoria de afecciones discriminación por edad, sexo y motivos de consulta requieren médicos especialistas, personal técnico en diferentes disciplinas (Art. 30, LOS).

El tercer nivel de atención cumple actividad diagnóstico y tratamiento en pacientes que requieren atención especializada con o sin hospitalización en aquellos referidos por servicios de atención del primero y segundo nivel. (Art. 31, LOS).

CAPÍTULO VI

PLAN DE EJECUCIÓN O CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Técnica e instrumento de recolección de datos.

La técnica se puede definir como el conjunto de procedimientos utilizados para recopilar información, para recabar la información de esta investigación se aplicó la observación directa , la misma consiste en percibir y atender fenómenos que se desean estudiar , fue basado en datos obtenidos verídicamente mediante el uso sistemático de los sentidos, para la búsqueda de resultados satisfactorios y necesarios con el fin de alcanzar los objetivos planteados al inicio de la investigación, de esta manera lo expresa Sabino (año 1992) cuando nos comenta : “La observación científica es la forma de percibir activamente la realidad exterior con el propósito de obtener los datos que, previamente, han sido definidos como de interés para la investigación”. (p.141)

De acuerdo a Hurtado (2008) la observación es la percepción orientada en obtener información de uno o más hechos, fenómenos, registrándolos para finalmente instaurar los datos recolectados.

Pertinente al instrumento aplicado, el mismo es un trabajo de investigación considerado como “...un dispositivo de sustrato material que sirve para registrar los datos obtenidos a través de las diferentes fuentes”, (Ramírez, año 2007, p.137).

El instrumento aplicado para la obtención de los datos requeridos fue un cuestionario contentivo de diez (10) ítems, realizados a Médicos residentes y pacientes que acuden en turno matutino al Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas. Según Méndez. (1995), el cuestionario es: "...un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir que contiene categorías o alternativas de respuestas que han sido delimitadas". (p.285)

En la investigación realizada, este instrumento evaluó el grado de conocimiento que tenían las personas que conformaban o consultaron al Servicio de Oftalmología del HUC durante el periodo de investigación en el que se participó acerca del diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino, además de explorar el conocimiento sobre prevención y pesquisa que poseía la muestra con respecto a la detección temprana del cáncer de cuello uterino.

Validez y confiabilidad del instrumento.

En cuanto a la validez, Hurtado (2008), expresa con respecto a la misma lo siguiente: "...la cualidad que reúne un instrumento para recabar los datos pertinentes a las variables del estudio" (p.187). La validez del instrumento en la presente investigación consistió en establecer la cualidad del sustrato material diseñado para determinar si la misma recababa información oportuna a los objetivos de la investigación (Pertinencia), si los ítems elaborados se ajustaban a la realidad investigada (coherencia) y si los enunciados estaban redactados correctamente (congruencia)

En este caso, para validar el instrumento se contó con la opinión, revisión y corrección de tres expertos especialistas en el área de Metodología, Ginecología y Oftalmología, quienes validaron el cuestionario. A tal fin, se entregó un ejemplar a los profesionales para que ofrecieran sugerencias en cuanto mejorar la redacción, organización y pertinencia de los ítems. En atención a sus recomendaciones se efectuaron los cambios y se aplicó el instrumento a la población en estudio.

Por otra parte, Hernández y otros (2003), refieren respecto a la confiabilidad de un instrumento que esta consiste en: “Determinar la efectividad de la investigación mediante la aplicación de un instrumento ya sea un cuestionario o entrevista”. En este orden de ideas, la confiabilidad del instrumento se determinó aplicando una prueba piloto a seis (06) Médicos residentes y seis (06) pacientes femeninas, que no forman parte de la muestra seleccionada, pero con características similares, posteriormente se aplicó la fórmula del coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach, a saber:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\Sigma S^2p}{S^2t} \right]$$

Donde:

K: es el Número de Ítems;

ΣS^2p : es la Sumatoria de las varianzas parciales (de cada Ítems)

S^2t : Varianza total (de todos los Ítems).

El resultado obtenido se interpretó con el siguiente cuadro de referencia:

Tabla 3. Coeficiente de calificación de la Confiabilidad del Instrumento

Coeficiente	Grado de confiabilidad
1	Perfecta
0.80-0.99	Muy Alta
0.90-0.79	Alta
0.40-0.59	Moderada
0.20-0.39	Baja
0.01-0.19	Muy Baja
0	Nula

Fuente: según Hernández, Sampieri y Baptista, 2003

Considerando los datos del cuadro número 4, el cual indica la confiabilidad del Instrumento aplicado a médicos residentes y pacientes femeninas del HUC:

$$\alpha = \frac{17}{17 - 1} \left[1 - \frac{16,53}{123} \right]$$

$$\alpha = 1,063 (1 - 0,134)$$

$$\alpha = 1,063 (0,87)$$

$$\alpha = \mathbf{0,92}$$

En términos discursivos estos datos se interpretan como un grado de confiabilidad muy alto en vista de que los resultados al aplicar la técnica del Alfa de Crombach arrojaron un valor total de 0,92, lo que indica que cada vez que se aplique el mismo instrumento a un grupo de personas en un 92% se obtendrán las mismas respuestas. En cuanto a la confiabilidad del instrumento, el resultado arrojó lo siguiente:

$$\alpha = \frac{18}{18 - 1} \left[1 - \frac{14,11}{109} \right]$$

$$\alpha = 1,059 (1 - 0,130)$$

$$\alpha = 1,059 (0,87)$$

$$\alpha = \mathbf{0,92}$$

Por tal motivo podemos concluir que al igual que en médicos residentes femeninas, el instrumento es confiable para ser aplicado a pacientes femeninas en un grado muy elevado, esto conforme al resultado arrojado por el indicador en 0,92 reflejado en la página anterior.

PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tomando en cuenta el método de investigación utilizado, en el cual se buscó información a través de los instrumentos diseñados, en esta parte de la investigación se presenta el resultado de la información recabada a través del cuestionario conjuntamente con el análisis de la misma.

A los efectos del estudio, los objetivos planteados al inicio de la investigación se referían a identificar, mencionar y describir: Estrategias gerenciales utilizadas en el diagnóstico precoz de Cáncer de Cuello Uterino; actores que influyen para que los facultativos no puedan realizar el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino así como también describir una propuesta de estrategias gerenciales que puedan coadyuvar al diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino en las pacientes que consultan al Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos según opinión de la muestra y el análisis de estadística básica que fue realizada a la información recolectada.

Identificación de las estrategias gerenciales utilizadas en el diagnóstico precoz del Cáncer de Cuello Uterino de las pacientes que consultan el servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas en la actualidad

Para el logro de este objetivo se consideraron las respuestas obtenidas de las preguntas 1 a la 5, la información procesada es la siguiente:

Pregunta: 1.- ¿Conoce Ud. los métodos para detección del cáncer de cuello uterino que aplican en este centro de Salud?

Tabla 4. Pregunta Nro. 1 del Instrumento.

Respuestas	F	%	FA	% Acumulado
Enfoque de visita única	0	0	0	0
Inspección visual con ácido acético (VVA)	80	100	80	100

Fuente: Elaboración Propia.

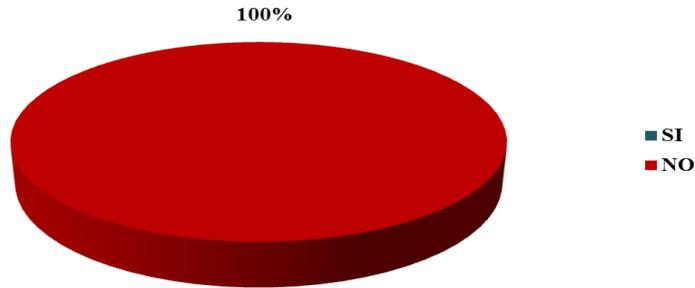


Gráfico 1: Conocimiento de los métodos para detección del cáncer de cuello uterino.

Fuente: Calculos propios según datos suministrados en el cuestionario, Pregunta 1

De acuerdo a respuestas emitidas por las pacientes que acuden al Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas, se desconoce en la totalidad de las personas consultadas que el hospital tenga entre sus medidas de detección del Cáncer de cuello uterino, el despistaje mediante citología.

Pregunta: 2.- ¿Se realiza Ud. con frecuencia un despistaje de cáncer de cuello uterino?

Tabla 5. Pregunta Nro. 2 del Instrumento.

Respuestas	F	%	FA	% Acumulado
Siempre	5	6,3	5	6,25
A veces	30	37,5	35	43,8
Nunca	45	56,3	80	100

Fuente: Elaboración Propia.

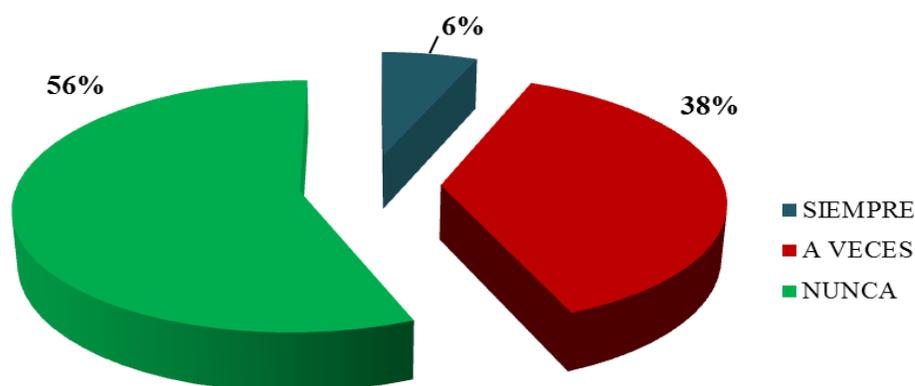


Gráfico 2: Frecuencia en despistaje del cáncer de cuello uterino. **Fuente:** Calculos propios según datos suministrados en el cuestionario, Pregunta 2

Según se muestra en el gráfico n° 2, a la muestra (médicos residentes y pacientes femeninas) se les interrogó si se efectuaba con frecuencia despistaje del cáncer de cuello uterino, a lo que respondieron en un 38% que a veces lo realizaban; otro grupo (6%) expuso que se realizaba el despistaje de cáncer uterino siempre y un 56% alegó que nunca se lo realizaban.

Este resultado permite inferir que, en la mayoría de los casos, este tipo de cáncer no ha sido provisto desde el punto de vista gerencial, en vista de que las pacientes no se realizan la citología, en mayor proporción, las pacientes femeninas que acuden a consulta en el Servicio de Oftalmología nunca lo hacen, siendo este resultado un impedimento para que el hospital lleve a cabo control preventivo al respecto.

Pregunta: 3.- ¿El Servicio de Oftalmología, o en su defecto, el Hospital en general, le suministra información referente a los factores de riesgo de contraer cáncer de cuello uterino?

Tabla 6- Pregunta Nro. 3 del Instrumento.

Respuestas	F	%	FA	% Acumulado
Siempre	0	0	0	0
A veces	20	25	20	25
Nunca	60	75	80	100

Fuente: Elaboración Propia.

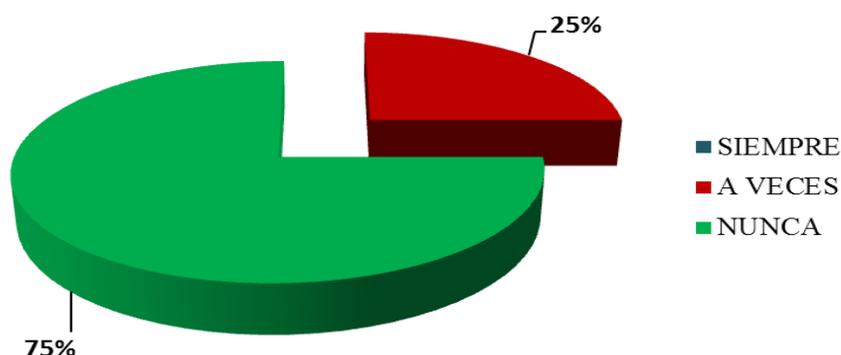


Gráfico 3: Frecuencia del suministro de información acerca de los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. **Fuente:** Cálculos propios según datos suministrados en el cuestionario, Pregunta 3

Según lo que se aprecia en Grafico 3, en respuesta a la pregunta 3 del cuestionario indica que el 75% de las pacientes femeninas que acuden al servicio nunca le han suministrado información referente al cáncer uterino, otro grupo del 25% expresó que a veces son informadas. Este resultado permite inferir que no se les da información a las pacientes sobre el peligro de la enfermedad y como diagnosticarla a tiempo situación por la cual estas pacientes restan interés por aplicarse pruebas de despistaje y en consecuencia aumenta el número índice en mujeres con VPH o con un pre cáncer.

Pregunta: 4.- ¿Su historia clínica contiene registro sobre, patologías o incidencias que puedan detectar a tiempo el cáncer de cuello uterino?

Tabla 7. Pregunta Nro. 4 del Instrumento.

Respuestas	F	%	FA	% Acumulado
Si	0	0	0	0
No	80	80	100	100

Fuente: Elaboración Propia.

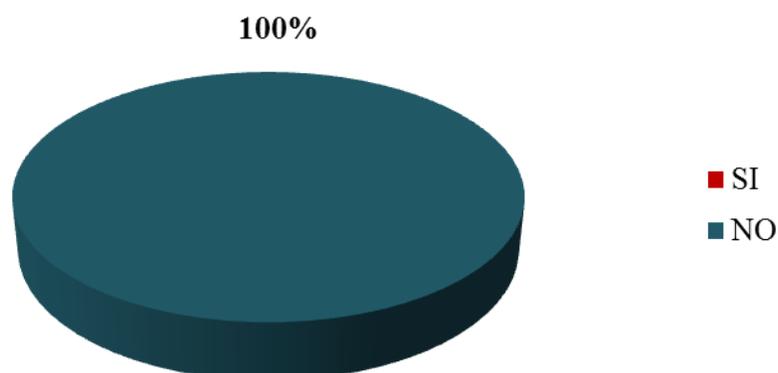


Gráfico 4: Existencia de registro sobre, patologías o incidencias. **Fuente:** Cálculos propios según datos suministrados en el cuestionario, Pregunta 4

El total de las consultadas (pacientes femeninas y residentes), respondieron que no a esta pregunta. El resultado obtenido permite inferir que las féminas no tienen conocimiento de que existe en el hospital registro sobre patologías o incidencias que puedan ocasionar cáncer de cuello uterino. Aunque se conoció por observación directa que el Hospital mantiene estos registros en función a verificar intervalo de tres a cinco años entre inspecciones para mujeres IVAA ---negativas, que visitan los diferentes servicios en el hospital, de acuerdo a su edad, peso, nivel de conocimiento entre otros.

Factores que influyen para que los Facultativos no puedan realizar el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino de las pacientes que consultan al Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas.

Pregunta: 5.- ¿El hospital tiene algún método para monitorear el número de pacientes femeninas propensas a contraer cáncer cervicouterino?

Tabla 8. Pregunta Nro. 5 del Instrumento.

Respuestas	F	%	FA	% Acumulado
Si	0	0	0	0
No	83	83	100	100

Fuente: Elaboración Propia.

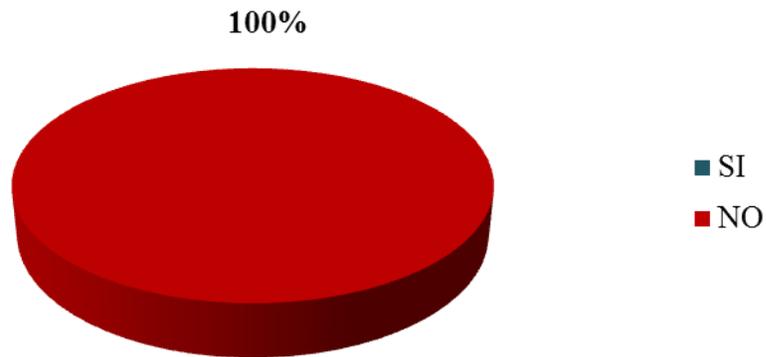


Gráfico 5: Existencia de métodos de monitoreo de incidencia de cáncer de cuello uterino en el hospital. **Fuente:** Cálculos propios según datos suministrados en el cuestionario, Pregunta 5

Pertinente a lo anterior, se interrogó a médicos residentes y pacientes femeninas que acuden a consulta del servicio de Oftalmología del HUC en horario matutino, si tenían conocimiento en la existencia de algún método de monitoreo acerca de incidencias del cáncer de cuello uterino en el HUC; ante esta interrogante, respondieron en su totalidad que no tenían conocimiento de esta información. Este resultado permite inferir que el personal residente perteneciente al Servicio de Oftalmología desconoce que en el HUC se lleven registros de pacientes femeninas diagnosticadas con esta enfermedad.

Pregunta: 6.- ¿Existen estrategias o métodos que informen a las pacientes respecto a los riesgos de contraer cáncer cervicouterino?

Tabla 9. Pregunta Nro. 6 del Instrumento.

Respuestas	F	%	FA	% Acumulado
Si	0	0	0	0
No	83	83	100	100

Fuente: Elaboración Propia.

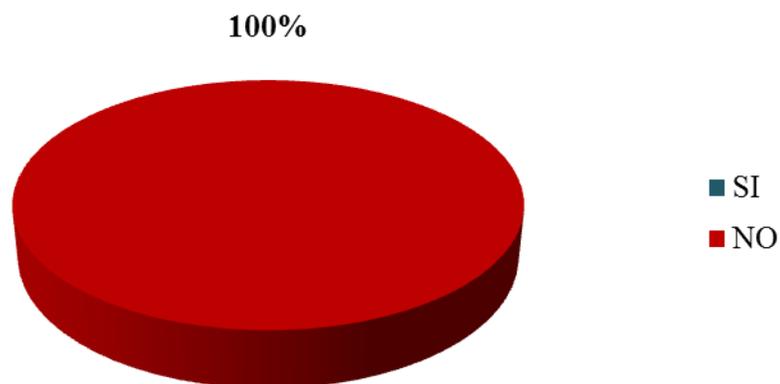


Gráfico 6: Cocimiento sobre la existencia de estrategias o métodos de registro e información al paciente aplicados en el servicio hospitalario. **Fuente:** Cálculos propios según datos suministrados en el cuestionario, Pregunta 6

La respuesta a la pregunta número 6, presentada en el gráfico anterior, indica que la totalidad de la muestra consultada desconoce si en el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas, existen estrategias o métodos que permitan registrar incidencias de cáncer de cuello uterino. Este resultado permite inferir que al momento en que se recolectaron los datos en el hospital no se aplican estrategias para monitorear el número de pacientes o posibles pacientes de cáncer de cuello uterino.

Pregunta: 7.- ¿Por qué cree Ud. que no se produce un diagnóstico a tiempo en ciertas pacientes?

Tabla 10. Pregunta Nro. 7 del Instrumento.

Respuestas	F	%	FA	% Acumulado
No se realizan la citología	18	21,7	18	21,7
No existen registro en el hospital	29	34,9	47	56,6
No prestan atención al diagnóstico	18	21,7	65	78,3
No se da información a las pacientes	18	21,7	83	100,0

Fuente: Elaboración Propia.

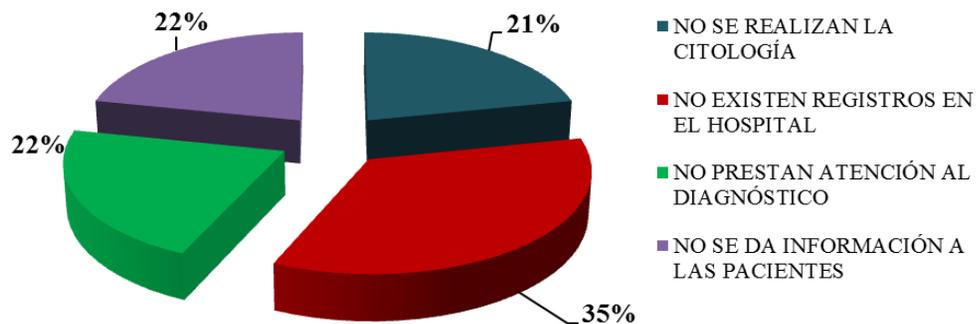


Gráfico 7: Causas del no diagnóstico a tiempo de cáncer de cuello uterino. **Fuente:** Cálculos propios según datos suministrados en el cuestionario, Pregunta 7

la respuesta de la muestra a la pregunta 7 indica que un 35% piensa que no realiza un diagnóstico a tiempo en los casos de cáncer de cuello uterino porque no existen registros en el hospital que coadyuven a los galenos a detectar a tiempo la enfermedad, el 21% cree que se debe a que las pacientes no se realizan citologías por lo cual no se puede atacar a tiempo la enfermedad; el 22% cree que la razón de no diagnosticar precozmente el cáncer de cuello uterino se debe a que no se le da suficiente información a las paciente respecto el despistaje clínico que se debe realizar y, un 22% piensa que esta situación se da porque tanto las pacientes y como el hospital no prestan atención a los resultados de la citología, este resultado permite inferir que tanto las pacientes como el personal del servicio así como a modo general la dirección de la institución hospitalaria no se preocupan por controlar estadísticamente el número de pacientes afectadas con cáncer de cuello uterino, a nivel gerencial es muy importante llevar control de la información generada de las historias clínicas de las pacientes a fin de prevenir de manera precoz la aparición de la enfermedad en aquellas mujeres que acuden al Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas y en cualesquiera de los servicios que prestan atención médica a pacientes femeninas de mayor riesgo de contraer la enfermedad.

Es necesario por tanto monitorear la información clínica de pacientes femeninas de mayor edad, hijas de pacientes que hayan padecido la enfermedad; pacientes fumadoras, mujeres sexualmente activas a temprana edad o aquellas con mayor número de parejas sexuales.

De igual manera quienes asisten al hospital padeciendo o hayan padecido alguna enfermedad de transmisión sexual. En este grupo de mujeres el riesgo es especialmente importante por lo tanto es necesario gestionar esa información

Descripción de estrategias gerenciales que pueden coadyuvar al diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino de las pacientes que consultan al Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas.

Para el logro del objetivo 3, referido a la descripción de las estrategias que pueden coadyuvar al diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino de las pacientes que consultan al Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas, se consideraron los resultados con las preguntas 8, 9 y 10 del cuestionario, mismas que permitieron el siguiente análisis.

Pregunta: 8.- ¿El hospital aplica estrategias de prevención, detección y tratamiento del cáncer cervicouterino?

Tabla 11. Pregunta Nro. 8 del Instrumento.

Respuestas	F	%	FA	% Acumulado
Siempre	0	0,0	0	0,0
A veces	47	56,6	47	56,6
Nunca	36	43,4	83	100,0

Fuente: Elaboración Propia

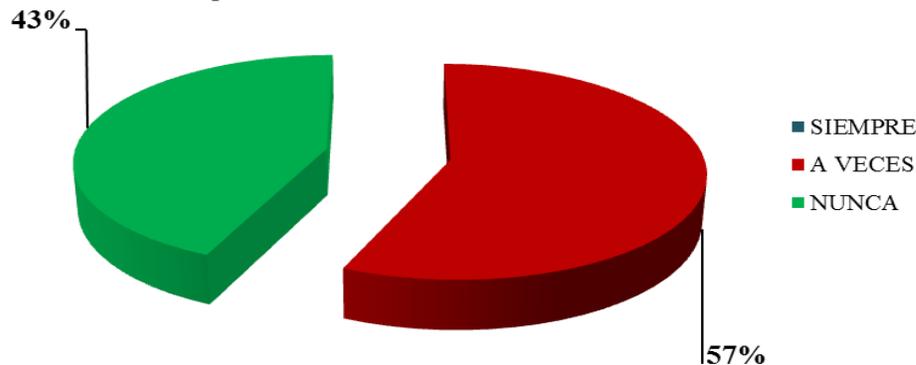


Gráfico 8: Frecuencia con que se aplican estrategias de prevención del cáncer de cuello uterino en el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas.

Fuente: Cálculos propios según datos suministrados en el cuestionario, Pregunta 8.

Los resultados del gráfico 8, muestran la tendencia de la muestra en cuanto a la incógnita planteada respecto a con qué frecuencia el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas aplica estrategias de prevención del cáncer del cuello uterino, un 57% de los consultados piensa que a veces se aplican estrategias de prevención; mientras que el 43% restante convino en afirmar que el en el servicio nunca se aplican estrategias de prevención del cáncer de cuello uterino. Este resultado muestra la necesidad latente de implementar estrategias gerenciales para el diagnóstico precoz de esta enfermedad.

Pregunta: 9.- ¿El hospital aplica vacunas contra el VPH?

Tabla 12. Pregunta Nro. 9 del Instrumento.

Respuestas	F	%	FA	% Acumulado
Si	23	27,7	23	27,7
No	60	72,3	83	100

Fuente: Elaboración Propia.

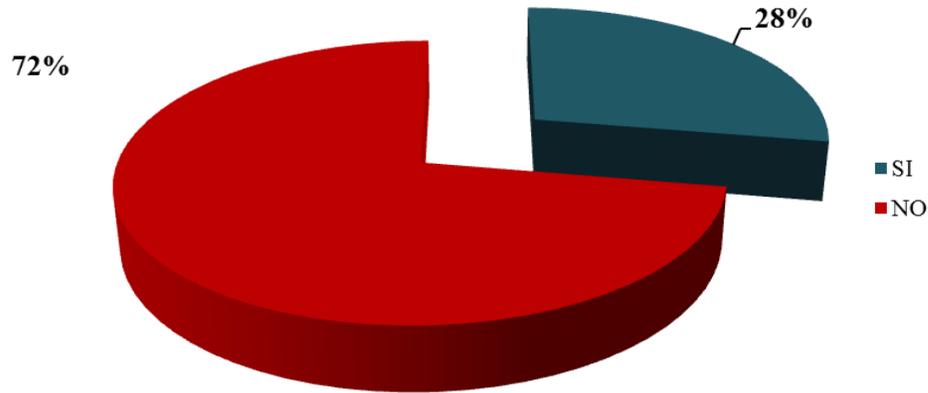


Gráfico 9: Aplicación de Vacunas contra el VPH para evitar la aparición de un cáncer de cuello uterino. **Fuente:** Cálculos propios según datos suministrados en el cuestionario, Pregunta 9

De acuerdo a los resultados de la pregunta 8, la muestra consultada piensa en un 72% que en el hospital no se aplica la vacuna del VPH; un 28% cree que si se aplica.

El resultado de esta pregunta demostró lo que evidentemente sucede en el hospital, según información de la gerencia del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas, esta vacuna es profiláctica previene infecciones primarias con el VPH, aunque no eliminan la infección existente inducen altos niveles de anticuerpos contra el virus y son eficientes contra los marcadores subrogados como las infecciones específicas persistentes.

Pregunta: 10.- ¿Cuáles de los siguientes métodos son aplicados con mayor frecuencia en el hospital?

Tabla 13. Pregunta Nro. 10 del Instrumento.

Respuestas	F	%	FA	% Acumulado
Enfoque de visita única	10	12,0	10	12,0
Inspección visual con ácido acético (VVA)	16	19,3	26	31,3
Citología	22	26,5	48	57,8
Prueba de VPH	15	18,1	63	75,9
Colposcopia	10	12,0	73	88,0
Crioterapia	10	12,0	83	100,0

Fuente: Elaboración Propia.

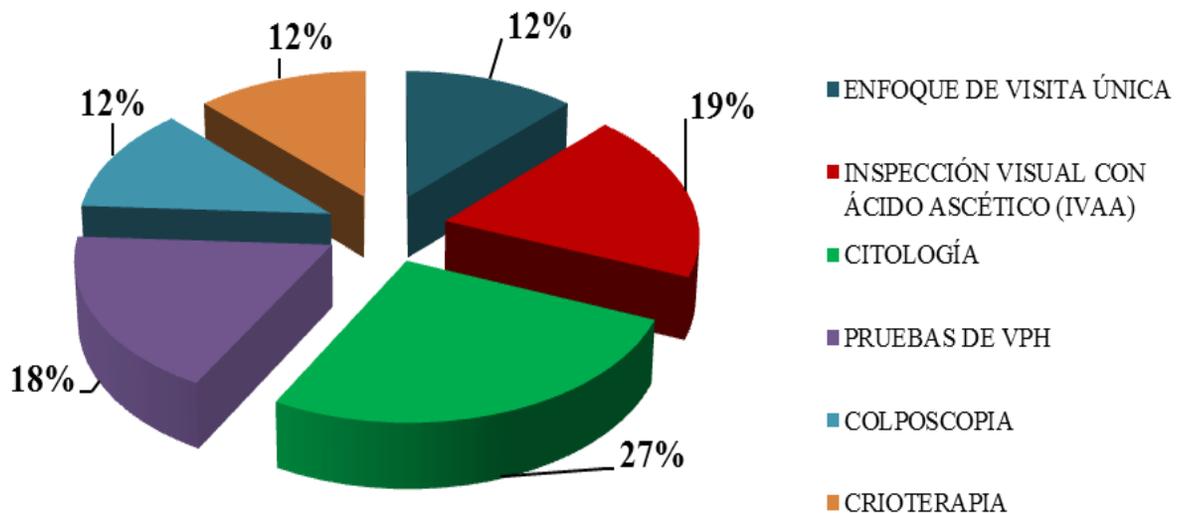


Gráfico 10. Métodos aplicados en el Hospital para un diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino. **Fuente:** Cálculos propios según datos suministrados en el cuestionario, Pregunta 10.

Para concretar finalmente el objetivo número 3, con respecto a la descripción de las estrategias gerenciales que pueden coadyuvar al diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino de las pacientes que consultan al Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas, se instó a la muestra que mencionara de un listado de estrategias, cuáles según su criterio, eran los métodos ideales a ser aplicados en el Hospital para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino. En este sentido la respuesta se inclinó en un 27% por la alternativa de la citología:

Un 19% delibera que el método aplicado con mayor frecuencia es la Inspección Visual con Ácido Ascético (IVAA);

Un 18% considera que el método más frecuente es la aplicación de pruebas para VPH;

El resto de la muestra se dividió en tres (03) partes iguales equivalentes al 12 % c/u; quienes consideraron que los métodos aplicados con mayor frecuencia en el hospital para prevenir el cáncer de cuello uterino eran: el enfoque de la visita única, la crioterapia y la colposcopia.

CONCLUSIONES

Tomando en cuenta el propósito del estudio se concluye que, los Facultativos no pueden realizar el diagnóstico precoz del CCU en vista de que la mayoría de las pacientes que consultan en el servicio desconocen los factores de riesgo del CCU; así como también desconocen que puede cursar asintomática. Por tanto, la mayoría no busca consulta ginecológica sino hasta que el CCU ya se encuentra en estadio más avanzado y muchas veces irreversible. En la actualidad, la gerencia hospitalaria del HUC no pone en práctica estrategias que permitan mantener informada a la población femenina en riesgo, como tampoco los factores que influyen en la aparición de infección por VPH; trayendo como consecuencia el CCU.

A nivel gerencial , en el hospital no se aplican otros métodos de prevención o detección de cáncer precozmente más que la citología, no se monitorean las incidencias en pacientes potenciales para contraer este tipo de Cáncer tales como: pacientes femeninas cuya edad sea mayor o igual a 25 años , hijas de madres que hayan padecido la enfermedad, fumadoras activas y pasivas , pacientes que hayan tenido relaciones sexuales a temprana edad , pacientes con mayor número de parejas sexuales, de igual manera aquellas pacientes quienes asisten al hospital que cursen o hayan padecido algún tipo de infección de transmisión sexual. En este grupo de mujeres, el riesgo es especialmente importante; por tanto, es supremamente importante difundir información.

Actualmente, la citología es la forma más común de detección del CCU, la misma es el método mayormente aplicado para el despistaje, pero lamentablemente, lejos de la importancia de hacerse este examen anualmente, las féminas no toman conciencia que con este método se pueda detectar un pre- cáncer que pueda salvarles la vida.

RECOMENDACIONES

Llama la atención la cantidad de aspectos determinados en el transcurso de esta investigación, por tal motivo, se sugiere en el caso de las estrategias gerenciales para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino en el Servicio de oftalmología del HUC, lo siguiente:

- Tomar las medidas necesarias para impulsar estrategias de detección a tiempo del cáncer de cuello uterino en todos los servicios del hospital.
- Tomar las medidas necesarias para que en el mecanismo de toma de muestra citológica se lleve una referencia histórica de las incidencias clínicas que presenta cada paciente en función de monitorear a posteriori aspectos relacionados con la detección del cáncer de cuello uterino.
- Facilitar los medios y recursos necesarios para implementar estrategias gerenciales que coadyuven a personal médico, técnico y de enfermería a prevenir la aparición del cáncer de cuello uterino.
- Estimular técnicas de producción y distribución de información a las pacientes femeninas potenciales y no potenciales a contraer la enfermedad en cuanto el control preventivo y su contribución y responsabilidad de contraer el cáncer cérvix.
- Especializar métodos, estrategias y medidas gerenciales para prevenir a tiempo y de manera eficaz las incidencias de cáncer de cuello uterino de las personas que asisten al hospital.
- Optimizar o aplicar de mejor manera los métodos de prevención de cáncer de cuello uterino.
- Solicitar colaboración a nivel organizacional para monitorear frecuentemente, incidencias, reportes, registros, historias clínicas y demás información relacionada con el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antúnez, S. (año 2000). *Claves para la organización de centros escolares*. Barcelona: Horson.
- Arias, Fidas (año 2006). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica*. (5º. ed.) Caracas - Venezuela: Episteme.
- Amendola, L. (año2009). *Confiabilidad basada en estrategias de negocios*. [Documento en Línea] Disponible en: www.pmmlearning.com (Consulta Noviembre, 2018).
- Balestrini, Miriam.” *Como se elabora el proyecto de investigación: (para los Estudios Formulativos o Exploratorios, Descriptivos, Diagnósticos, Evaluativos, Formulación de Hipótesis Causales, Experimentales y los Proyectos Factibles)*” 7ma. ed. Caracas: Consultores Asociados, 2006.
- Brodsky, H (año 1932) Factors affecting recurrence and survival in stage I carcinoma of the uterine cervix. US National Library of Medicine National Institutes of Health. Search database. Oncology-Williston Park. [Documento en Linea] Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=search&term=%22Oncology++Huntingt+%22%5BJour%5D+AND+1992%5Bpdat%5D+AND+6%5Bvolum%5D+AND+111%5Bpage%5D> (Consulta Noviembre 2018).
- Cámara, L., Berzosa B. y Correa E. (2005). *Planificación estratégica, guía para entidades sin ánimo de lucro que prestan servicios de inserción socio laboral*. Madrid: Ideal.
- Capote Negrín, Luis G. Resumen del cáncer en Venezuela. Año 2012. Revista Venezolana de Oncología, vol. 27, núm. 4, octubre-diciembre, año 2015, pp. 256-268 Sociedad Venezolana de Oncología. Caracas, Venezuela
- Castellano, H. (año 2010). *Planificación: herramientas para enfrentar la complejidad, la incertidumbre y el conflicto*. (2da. Ed.). Caracas: Condes.
- Cervo, A. y Bervian, P. (año 1989). *Metodología Científica*. McGraw Hill, Bogotá.
- Chiavenato, I. (año 2000). *Administración de recursos humanos*. (5ta. Ed.). Bogotá: McGraw-Hill.

- Chiavenato, I. (año 2002). *Gestión de talento humano*. México: McGraw-Hill.
- Chiavenato, I. (año 2004). *Introducción a la teoría general de la administración*. (7ma. ed.). México: McGraw-Hill.
- Fuente: Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas Tomado de: <http://huc2011oficial.orgfree.com/nosotros.html> fecha de consulta 09/11/2018.
- Hernández R., Fernández C. y Baptista P. (año 2006). *Metodología de la Investigación*. (5ta. ed.). Bogotá: McGraw-Hill.
- Hurtado, J. (2012). *Metodología de la investigación: guía para una comprensión holística de la ciencia* (4a. ed.). Bogotá-Caracas: Ciea-Sypal y Quirón.
- Institución Nacional de Cáncer de Venezuela. (Año 2014).
- Importancia y dificultades de un registro nacional de cáncer*Dr. Luis G Capote Negrín Trabajo presentado en el Congreso Centenario 2004 "Dr. José Ignacio Baldó", el día 27 de mayo de 2004.
- Loreto, O. *Investigación de la Cultura del Trabajo en Equipo en el Departamento de Bioanálisis del Hospital Clínico Universitario de Caracas para Definir Estrategias de Cambio*. Trabajo Especial de Grado.
- Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino, 1990.
- Mendoza P. y Robles L. (2000). *Planteamiento Estratégico en Gerencia. Aplicado a servicios de salud*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Méndez, C. (2001). *Metodología: diseño y desarrollo del proceso de investigación* (3a ed.). Bogotá: McGraw-Hill.
- Moreno, Chacón y Chacón (2006). “Programa de educación para la prevención del cáncer cérvico uterino dirigido a las usuarias que acuden al ambulatorio tipo III “Dr. José Antonio Seres” de la comunidad de la Cocuizas, Maturín estado Monagas”.
- Morlés, V (año 1994). *Planeamiento y análisis de investigaciones*. (8va. ed.). Caracas: El Dorado.
- OMS, Cáncer 12 de septiembre del 2018, Datos y cifras, La magnitud del problema, Cuáles son las causas del cáncer, Factores de Riesgo de Cáncer, como se puede reducir la carga de Morbilidad por Cáncer.

OMS, Programas nacionales de control del cáncer, políticas y pautas para la gestión, 2da edición, pág. 18, 23, 24, 61, 62, 63,64.

Oletta, F; Carvajal, L y Peña, S (2014). *Cáncer, un problema de salud en Venezuela con datos epidemiológicos retrasados*. Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas. Comisión de Epidemiología. Caracas. [Documento en Línea] Disponible en http://rscmv.org.ve/pdf/ALERTA_194.pdf (Consulta Noviembre, 2018)

Plaza Izquierdo F. Hospital Universitario de Caracas. Recuento Histórico en su trigésimo aniversario (1956 – 1986), Volumen I. Caracas: Ediciones Imprenta Universitaria; 1986.

Pronósticos de Incidencia y Mortalidad del Cáncer, año 2016”. SAV-CEsMA.

Ramírez, E. y Cajigas, M. (2007). *Proyectos de inversión competitivos-formulación y evaluación de proyectos de inversión con visión emprendedoras estratégicas*. Colombia: Feriva S. A.

Requijo, D. y Lugo, A. (1998). *Administración escolar*. Caracas: Biosfera.

Rivas, (2006). “Factores que inciden en el cáncer de cuello uterino”, dirigido a las usuarias que asisten a la consulta de ginecología preventiva del centro materno “Concepción Mariño”, en Maturín – Estado Monagas. Trabajo de Grado.

Rojas (2004), Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, estado Monagas, Trabajo de investigación: “Asociación entre la infección por VPH y la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) en usuarias atendidas en la consulta ginecológica de este centro”. Trabajo de Grado.

Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Caracas: Panaco.

Salazar, E. (2006). *Incidencia de cáncer en el Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” San Félix – estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006*. Trabajo de Grado.

Sociedad Anticancerosa; Boletín de incidencia y mortalidad del cáncer basado en los datos del informe “Pronósticos de mortalidad e incidencia del cáncer en Venezuela” año 2016 1era edición.

Tamayo, M. (2001). *El proceso de investigación científica*. México: Limusa.

Tobar Federico. 2002. *Modelos de gestión en salud*. Buenos Aires. In www.federicotobar.com.ar

Torres y Castillo (2006). *“Estrategias de intervención para la prevención y control del virus de la papiloma humano en mujeres en edad fértil”*. Trabajo de Grado.

Universidad Pedagógica Experimental, V. d. (2014). *Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales*. FEDUPEL. Caracas. Reimpresión de la Versión 2008.

Urpín De Moleiro, T (2009) *Programa Informativo Sobre las Medidas Preventivas del Cáncer Cervico- Uterino Dirigido a las Usuarías Que Asisten a la Consulta de Control Ginecológico del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín estado – Monagas*. Trabajo de Grado