

FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA¹

Ubaldo E. Miranda Soberón²
Zully Acosta E

¹ Elaborado en el año 2008 y adecuado para el DGPP 2009

² Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica

FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA³

Ubaldo E. Miranda Soberón⁴
Zully Acosta E

La validez en la toma de decisiones, depende de la calidad de la información con la que se cuenta, en ese sentido es necesario que la recolección de la información se realice a partir de fuentes de datos confiables.

El presente documento sistematiza la información sobre las fuentes de datos cuantitativos y cualitativos y permite contar con referencias de los diferentes medios para acceder a información de datos cuantitativos y cualitativos.

1. GENERALIDADES

1.1. Fuentes de Información.

Son todos aquellos medios de los cuales procede la información, que satisfacen las necesidades de conocimiento de una situación o problema presentado y, que posteriormente será utilizado para lograr los objetivos esperados.

1.2. Fuentes Primarias.

Son todos aquellos usuarios y acompañantes a quienes se les aplicó un instrumento de investigación. En este caso, los datos provienen directamente de la población o una muestra de la misma.

Estas fuentes contienen información original, que ha sido publicada por primera vez y que no ha sido filtrada, interpretada o evaluada por nadie más. Son producto de una investigación o de una actividad eminentemente creativa.

1.3. Fuentes secundarias de Información

Son las que contienen información primaria, sintetizada y reorganizada. Están especialmente diseñadas para facilitar y maximizar el acceso a las fuentes primarias o a sus contenidos. Parten de datos pre-elaborados, como pueden ser datos obtenidos de anuarios estadísticos, de Internet, de medios de comunicación, de bases de datos procesadas con otros fines, artículos y documentos relacionados con la enfermedad, libros, tesis, informes oficiales, etc.

Las fuentes secundarias pueden proceder de:

- Fuentes oficiales: Cuando los datos son suministrados por cualquier ente gubernamental.

³ Elaborado en el año 2008 y adecuado para el DGPP 2009

⁴ Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica

- Fuentes privadas: Cuando la información es suministrada por personas u organismos no gubernamentales

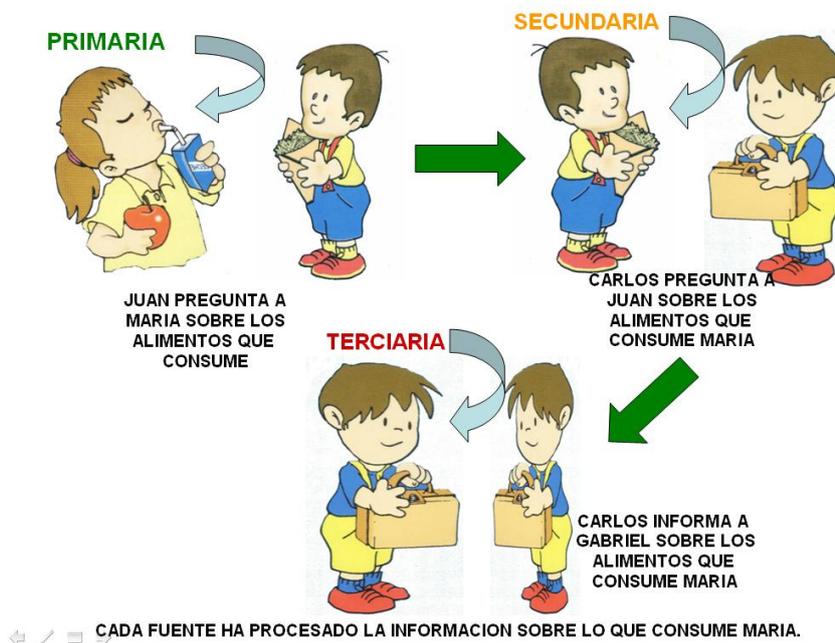
Las Fuentes Secundarias para ser utilizadas deben ser analizadas bajo 4 preguntas básicas:

- **¿Es pertinente?:** cuando la información se adapta a los objetivos.
- **¿Es obsoleta?:** cuando ha perdido actualidad.
- **¿Es Fidedigna?:** cuando la veracidad de la fuente de origen no es cuestionada
- **¿Es Confiable?:** si la información ha sido obtenida con la metodología adecuada y honestidad necesaria, con objetividad, naturaleza continuada y exactitud

El **valor de la fuente** se refiere a la relevancia que pueda tener una fuente de información. La **confiabilidad** se refiere a qué tanto podemos creer en la información que nos brinda.

El valor es relativo al tema. Por ejemplo, si alguien está haciendo una investigación histórica es probable que le interesen más las fuentes antiguas que las actuales, pero puede ser que a otra persona con otro tema de investigación no le parezcan valiosas.

La confiabilidad se vuelve cada vez más relevante debido a que en la actualidad, comunicar y publicar información está al alcance de cualquier persona, independientemente del nivel de conocimientos o ética que tenga.



2. TIPOS DE FUENTE

2.1. FUENTES SECUNDARIAS EN EL INTERNET

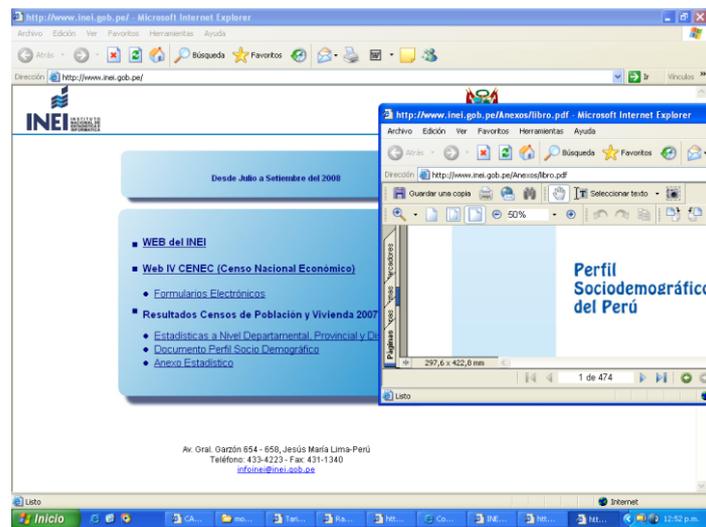
Para los trabajos en salud existen muchas fuentes secundarias, donde siempre debemos acudir es al Internet, ya que actualmente existe la tendencia de colgar la información institucional en las Páginas Web. En nuestro caso contamos con:

2.1.1. WEB del INEI

Es una página muy interesante que nos brinda bastante información, a ella accedemos por la URL: <http://www.inei.gob.pe/>

Nos brinda

- Estadísticas provinciales y distritales del censo de población y vivienda del 2007.
- Un perfil sociodemográfico del Perú
- Anexos estadísticos.



En los resultados censales hay información importante sobre salud, por ejemplo el de población según tipo de aseguramiento en salud.

Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda
SISTEMA DE CONSULTA DE RESULTADOS CENSALES
CUADROS ESTADÍSTICOS

AVIVIENDA | Hogar | Población | Educación | Actividad | **Salud** | Buscar | Glosario | Guía del Usuario

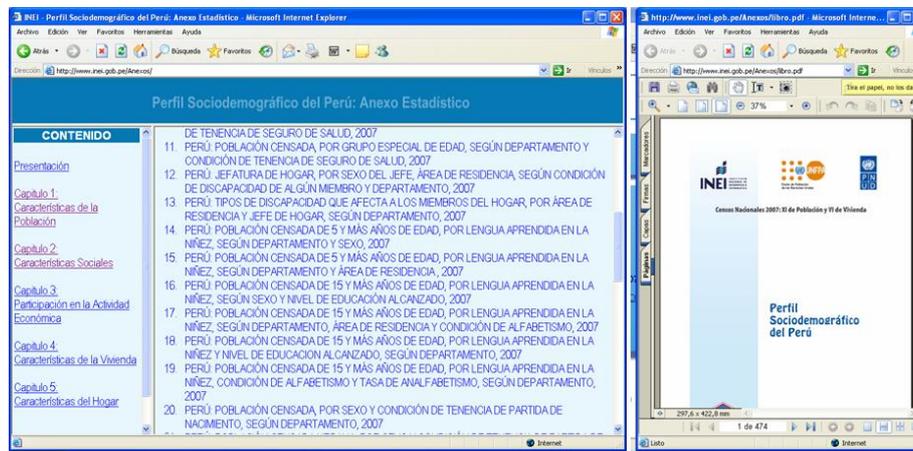
Salud
 Tipo de Presentación: Cuadro (seleccionado), Gráfico, Mapa
 Dpto: ICA
 Prov: ICA
 Dist: Seleccionar...
 Información del Distrito de ICA: Ver Cuadro

Selecciones Cuadro:
 Nº 1: Pob. total, por afiliación a algún tipo de seguro de salud, sexo y grupos de edad (seleccionado)
 Nº 2: Pob. de 3 y más años de edad, por afiliación a algún tipo de seguro de salud, sexo y nivel educ.
 Nº 3: Pob. de 3 y más años de edad, por afiliación a algún tipo de seguro de salud, sexo e idioma.
 Nº 4: Pob. de 6 y más años de edad, por afiliación a algún tipo de seguro de salud, sexo y cond. de activ.
 Nº 5: Pob. de 12 y más años de edad, por afiliación a algún tipo de seguro de salud, sexo y estado civil.

CUADRO Nº 1: POBLACIÓN TOTAL, POR AFILIACIÓN A ALGÚN TIPO DE SEGURO DE SALUD, SEGÚN DEPARTAMENTO, PROVINCIA, DISTRITO, ÁREA URBANA Y RURAL, SEXO Y GRUPOS DE EDAD

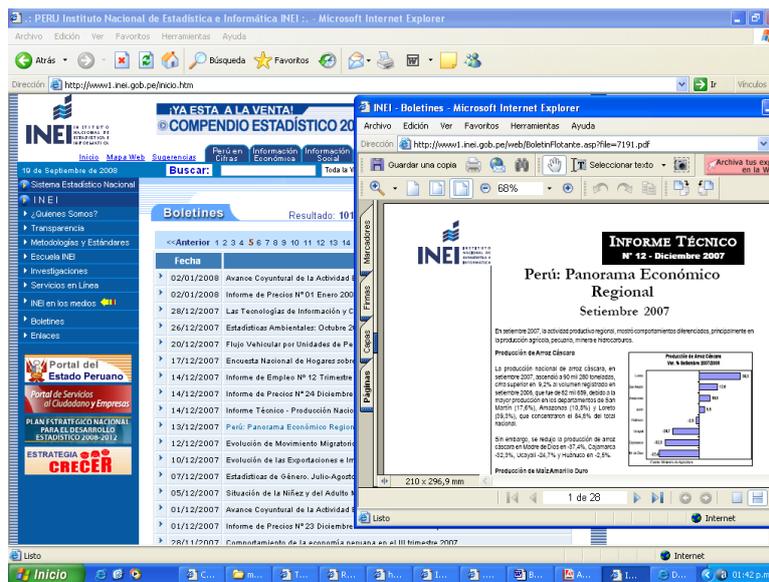
DEPARTAMENTO, PROVINCIA, DISTRITO, ÁREA URBANA Y RURAL, SEXO Y GRUPOS DE EDAD	TOTAL	AFILIADO A ALGÚN SEGURO DE SALUD			
		SIS (SEGURO INTEGRAL DE SALUD)	ESSALUD	OTRO SEGURO DE SALUD	NINGUNO
Provincia ICA	321,332	27,851	84,838	22,758	177,411
Menos de 1 año	5,667	1,471	1,505	152	2,519
De 1 a 14 años	83,001	16,646	23,513	4,094	39,112
De 15 a 29 años	91,110	5,229	17,910	6,240	61,983
De 30 a 44 años	66,293	2,405	20,841	6,243	37,334
De 45 a 64 años	51,270	1,456	18,976	4,431	26,771
De 65 y mas años	23,991	644	12,191	1,559	9,699
Hombres	157,232	13,083	45,945	12,109	87,016
Menos de 1 año	2,943	765	767	105	1,312
De 1 a 14 años	42,260	8,546	11,950	2,136	19,819
De 15 a 29 años	44,863	1,983	8,822	3,409	30,777
De 30 a 44 años	34,455	829	9,460	3,222	18,260
De 45 a 64 años	24,121	642	8,728	2,398	12,577
De 65 y mas años	11,590	318	6,218	839	4,271
Mujeres	164,100	14,768	48,991	10,650	90,395
Menos de 1 año	2,724	706	738	87	1,200
De 1 a 14 años	40,741	8,100	11,563	1,958	19,298
De 15 a 29 años	46,247	3,246	9,088	2,831	31,266
De 30 a 44 años	34,838	1,576	11,381	3,021	19,074
De 45 a 64 años	27,149	814	10,248	2,033	14,194
De 65 y mas años	12,401	326	5,973	720	5,428

El perfil sociodemográfico se encuentra en varios formatos, por capítulos y en PDF.

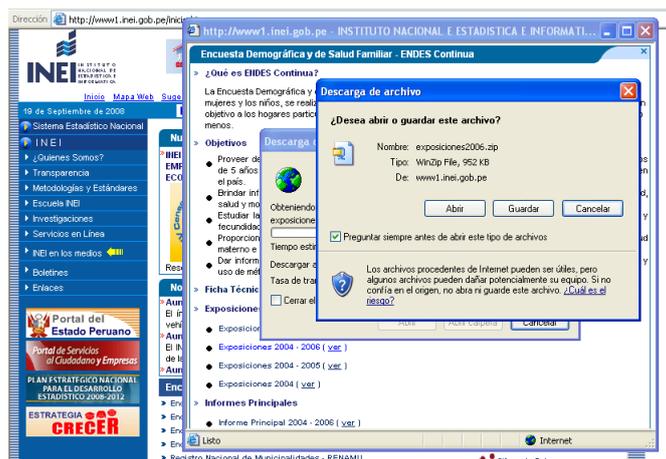


Se cuenta también con boletines de diferentes temas

<http://www1.inei.gov.pe/inicio.htm>

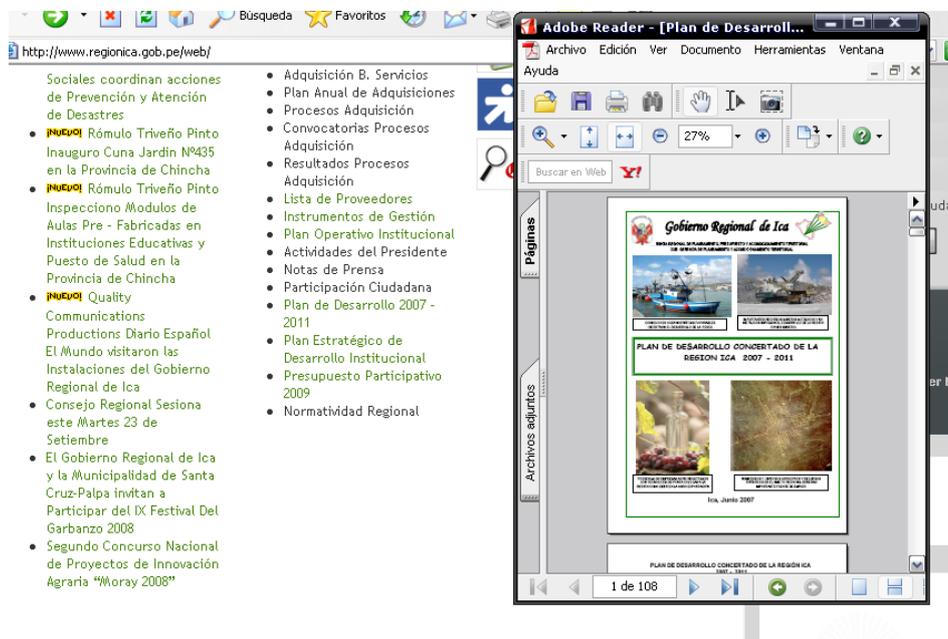


Otra información relevante a la que debemos acceder es el informe de la encuesta ENDES, está en formato PDF, y es gratuita.



2.1.2. WEB del gobierno regional

Esta página no aporta mucha información, salvo los planes de Desarrollo Regional



Por esta misma Web podemos acceder a las diferentes direcciones regionales. La DIRESA aporta poco, lo que, a mi parecer, es relevante es el boletín epidemiológico de la Oficina de Epidemiología.



La Web de la municipalidad tampoco aporta mucha información relevante.

2.1.3. Fuentes secundarias institucionales

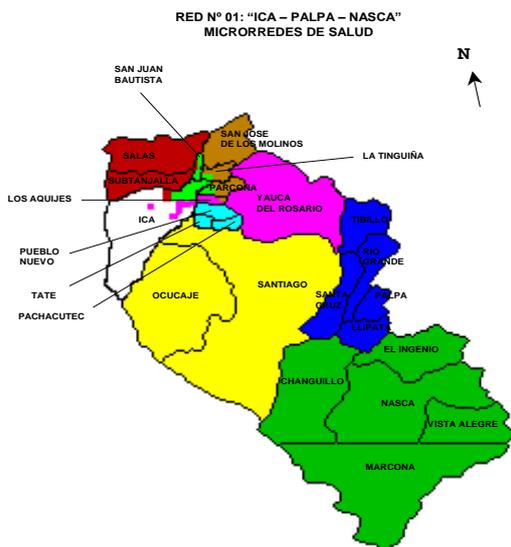
a). Ministerio de Salud

La sede central del Ministerio de salud, organiza y recolecta la información a nivel nacional, su página web ofrece información sobre población, indicadores de salud, recursos humanos, epidemiología y estrategias nacionales.

Alguna de esta información se puede obtener desagregada por regiones y distritos. Esencialmente permite acceder a información oficial y de referencia sectorial.

b) Direcciones Regionales (DIRESA)

Debemos recordar que la DIRESA esta organizada en sistema de Redes de Salud y microrredes. Eso significa que existe información que se genera en cada uno de los establecimientos y es consolidada en la cabecera de Microrred, luego esta pasará a la Cabecera de red para también ser procesada y consolidada; posteriormente la información general se integra en la Oficina de Estadística de la DIRESA. Ejemplo DIRESA Ica



MICRORED	CABECERA MICRORED	POBLACION TOTAL MICRORED
N° 01: "ICA-SOCORRO"	H. SOCORRO	79 713
N° 02: "SAN JOAQUIN"	C.S. SAN JOAQUIN	40 003
N° 03: "LA TINGUÑA-PARCONA"	C.S. LA TINGUÑA	68 523
N° 04: "LA PALMA"	C.S. LA PALMA	25 149
N° 05: "PUEBLO NUEVO"	C.S. PUEBLO NUEVO	14 967
N° 06: "SANTIAGO"	C.S. SANTIAGO	21 299
N° 07: "PALPA"	H. DE PALPA	18 005
N° 08: "NASCA"	H. DE NASCA	62 106
POBLACION TOTAL RED		329 765



MICRORED	CABECERA MICRORED	POBLACION TOTAL MICRORED
N° 01: "CHINCHA"	H. SAN JOSE	90 642
N° 02: "PUEBLO NUEVO"	C.S. PUEBLO NUEVO	58 964
N° 03: "CHINCHA BAJA"	C.S. CHINCHA BAJA	27 126
N° 04: "SAN CLEMENTE"	C.S. SAN CLEMENTE	35 391
N° 05: "TUPAC AMARU INCA"	C.S. TUPAC AMARU	17 900
N° 06: "PISCO"	H. SAN JUAN DE DIOS	73 759
POBLACION TOTAL RED		303 782

c) Oficina de estadística de la DIRESA

Esta es una excelente fuente de información secundaria. Las bases de datos que elaboran son:

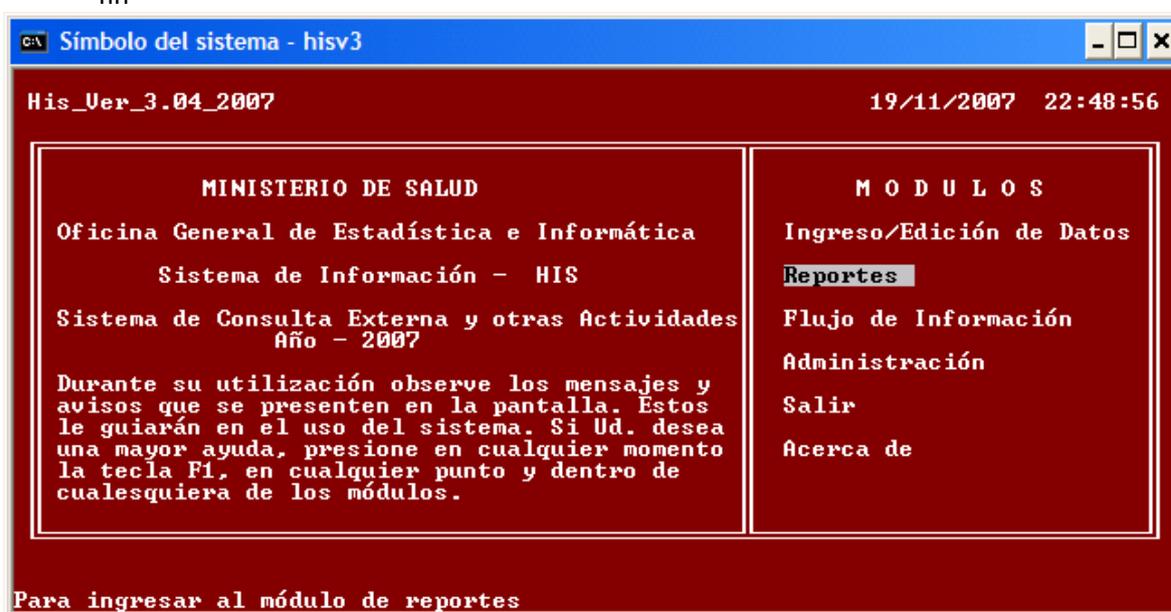
✓ **Base de datos del HIS**

El HIS es el sistema de reporte diario, que usa el MINSA, en sus establecimientos de salud; los que atendemos por consultorio externo llenamos las hojas HIS, con los datos mostrados en la imagen.

Registro Diario de Atención y Otras Actividades

FECHA		DPTO	PROV	DISTRIT.		ESTABLEC		SERVICIO			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION				
MES: 01 AÑO: 01															
DIA	FICHA FAMIL. HISTORIA CLINICA	DISTRITO PROCE- DENCIA		EDAD	SEXO	ESTA- BLECI- MIENTO	SER- VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DECONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			Tipo de diag- nóstico			LAB.	CODIGO
	P	D	R												

Esta información pasa a una base de datos donde se procesa y luego se generan algunos reportes con el sistema His-Ver-3-04-2007, especialmente creado para este fin



✓ **Relación de reportes**

Este módulo permite procesar los datos digitados de las hojas HIS y emitir los reportes necesarios para los diferentes usuarios del sistema.

Los reportes que brinda el His Vers. 3.04 son:

1. Reportes Generales

Todos

Atenciones

- Atendidos y Atenciones (01a)
- Número de Visitas en el Hogar (01b)
- Realizadas en el establecimiento (01d)
 - Clasificado en Disas
 - Clasificado en Redes

Clasificado en Hospitales
Clasificado en Microrredes
Clasificado en Centros y Puesto de Salud
Según tipo de profesional (01f)
Según tipo de establecimiento (01g)

Morbilidad

Por Capítulos (03c)
Por Grupo (03a)
Por Categoría (03b)
Por Subcategoría (03d)
 Todos (Médicos y No Médicos)
 Solo Profesionales Médicos
 Solo Profesionales No Médicos
Código Específico...
 Clasificado en Disas
 Clasificado en Redes
 Clasificado en Hospitales
 Clasificado en Microrredes
 Clasificado en Centros y Puesto de Salud

Procedimientos (22a)

Actividades de salud (22b)

Servicios

Número de atendidos (02a)
Número de atenciones (02b)

Transmisibles

Transmisibles (04a)
Código Específico...
 Clasificado en Disas
 Clasificado en Redes
 Clasificado en Hospitales
 Clasificado en Microrredes
 Clasificado en Centros y Puesto de Salud

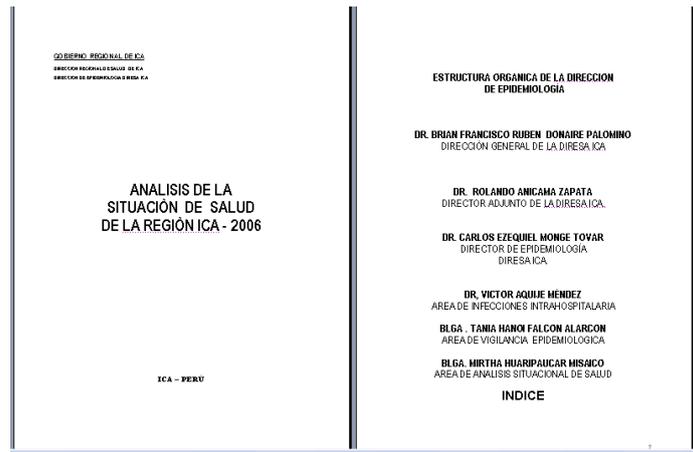
Profesionales

Según responsable (40a)
Mes a Mes (42a)

2. Estrategias Sanitarias

Todos

- Inmunizaciones
- Alimentación y Nutrición Saludable
- Salud Mental y Cultura de Paz
- Materno Perinatal
- Planificación Familiar
- Daños No Transmisibles
- Metaxenicas y otras transmitidas por Vectores
- Control y Prevención de Tuberculosis
- Salud Bucal
- VIH SIDA
 - Todos (del Grupo)
 - Reportes Especificos (del Grupo)



La Oficina de Epidemiología de la DIRESA también elabora el Boletín epidemiológico semanal, del cual ya dimos algunos alcances. Toda esta información esta disponible siguiendo un trámite regular.

e) Salud de las personas: establecimientos de salud.

Tiene el registro de los establecimientos asistenciales privados, no está actualizado pero ayuda a su ubicación.

2.1.3. Municipalidades

En las oficinas de esta institución, existe la que realiza la inscripción de establecimientos de salud que no pertenecen a EsSalud ni al MINSA. Esta base de datos contiene información del sector privado: consultorios, policlínicos, clínicas. Su elaboración se ha realizado con la finalidad de otorgar las licencias correspondientes.

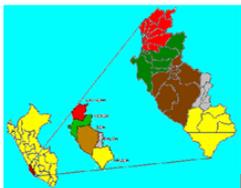
2.1.4. Policía nacional del Perú

Ellos han elaborado un informe que sigue el formato del ASIS, por ejemplo ASIS Policía Nacional Ica

1. CONDICIONES DETERMINANTES

1.1.- ASPECTO GEOGRAFICO

1.1.1. AMBITO TERRITORIAL DE LA REGSAI PNP ICA DE LA IX DITERPOL PNP - AYACUCHO



La Región PNP de Ica se encuentra Ubicado en la parte Central y Occidental del Perú siendo sus coordenadas geográficas 13°01'15'' y 15°21'27'' Latitud Sur y 74°42' y

TABLA N°02
Distribución Política del Departamento de Ica

Dpto/Provincia	Provincias		Distritos		Centros Poblados	
	(n)	(n)	(n)	(%)	(n)	(%)
Dpto. Ica	05	43	100.00		1,194	100.00
Ica	--	14	32.56		391	32.75
Chincha	--	11	25.58		304	25.46
Pisco	--	8	18.60		195	16.33
Nazca	--	5	11.63		166	13.90
Palpa	--	5	11.63		138	11.56

Fuente: INEI - Ica

1.1.3.- POLICLINICOS DE LA REGION PNP - ICA



2.1.5 ESSALUD.

Esta institución tiene una UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA, que puede aportar alguna información. La fuente de información esta restringida en parte.

2.1.6. Instituto Nacional de Estadística e Información

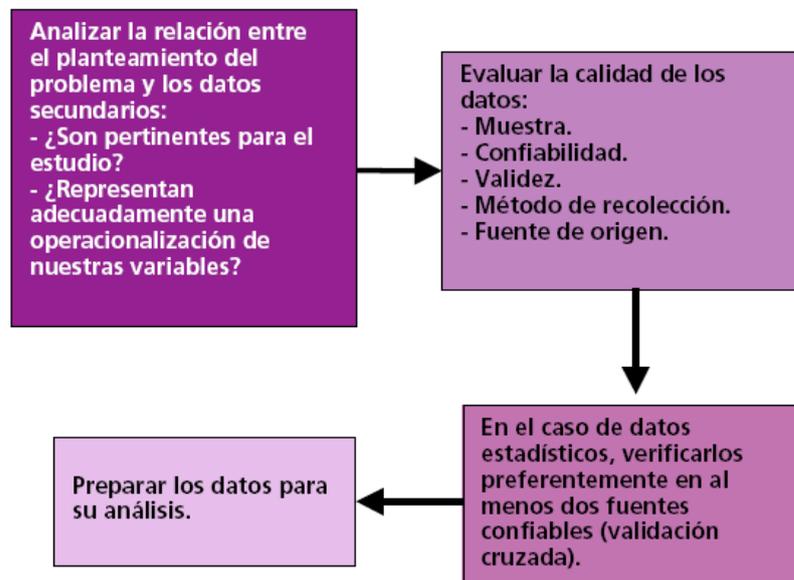
De ella podemos usar los datos de los diversos censos efectuados. Recordar que también están disponibles en Internet.

Por lo antes mencionado podemos clasificar los datos de fuentes secundarias en:

- a) Datos obtenidos del nivel "micro": Derivados de unidades de análisis individuales como personas, organizaciones u hogares.
- b) Datos agregados: Consisten en datos individuales que ya se han procesado y aunado con otros, en cifras estadísticas, tablas o cuadros.
- c) Datos cualitativos micro: Producidos por una persona y recabados por otra. Al investigador le llega el dato (cartas recopiladas por otros, transcripciones de entrevistas hechas por psicólogos, grabaciones, etc.). Tales datos pueden ser reanalizados por el investigador.

Para el uso de los datos secundarios, se recomienda hacerlo de acuerdo a las indicaciones elaboradas por Hernández, estas se muestran en el esquema.

Proceso esencial para utilizar datos secundarios



Fuente: Metodología de la Investigación, Hernández Sampieri

2.2. HERRAMIENTAS DE RECOLECCION DE DATOS PRIMARIOS

Para la recolección de datos primarios, en una investigación científica, se procede básicamente por observación, por encuestas o entrevistas a los sujetos de estudio

2.2.1. Encuesta

Se dice que la encuesta es un método descriptivo con el que se pueden detectar ideas, necesidades, preferencias, hábitos de uso, etc.

Es una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación, con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población.

Entre las características fundamentales de una encuesta se destacan:

- b. La encuesta es una observación no directa de los hechos por medio de lo que manifiestan los interesados.
- c. Es un método preparado para la investigación.
- d. Permite una aplicación masiva que mediante un sistema de muestreo pueda extenderse a una nación entera.
- e. Hace posible que la investigación social llegue a los aspectos subjetivos de los miembros de la sociedad.

Prácticamente todo fenómeno social puede ser estudiado a través de las encuestas. Cuatro razones avalan esta afirmación:

- a. Las encuestas son una de las escasas técnicas de que se dispone para el estudio de las actitudes, valores, creencias y motivos.
- b. Las técnicas de encuesta se adaptan a todo tipo de información y a cualquier población.
- c. Las encuestas permiten recuperar información sobre sucesos acontecidos a los entrevistados.
- d. Las encuestas permiten estandarizar los datos para un análisis posterior, obteniendo gran cantidad de datos a un precio bajo y en un corto periodo de tiempo.

Pasos más importantes para preparar una encuesta:

- Definir el objeto de la encuesta, formulando con precisión los objetivos a conseguir, desmenuzando el problema, eliminando lo superfluo y centrando el contenido de la encuesta.
- Formulación del cuestionario
- Validación y confiabilidad.
- Trabajo de campo, consistente en la obtención de los datos. Para ello será preciso seleccionar a los entrevistadores, formarlos y distribuirles el trabajo a realizar de forma homogénea.
- Procesar codificar y tabular los resultados de la encuesta, que serán presentados en el informe y para posteriores análisis.

Clasificación de las encuestas:

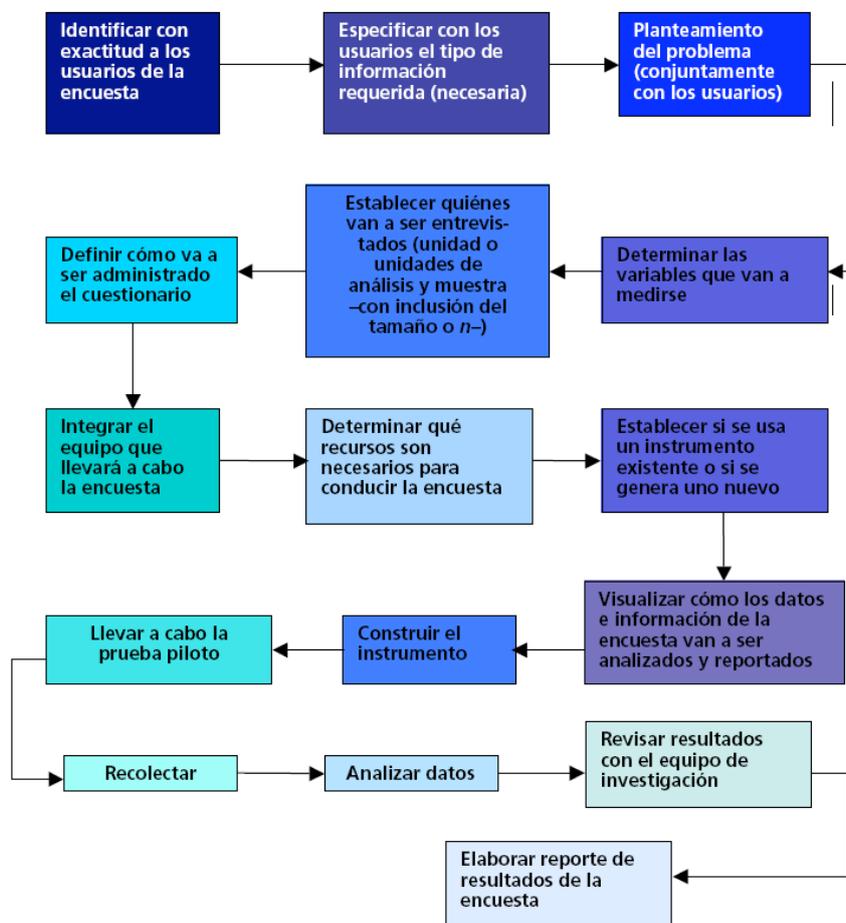
CRITERIO	TIPO
Por la forma que adopta el cuestionario	Unitaria o personal Lista
Por proporción de la población encuestada	Censo

	Encuesta
Por la naturaleza de la investigación estadística	Sobre hechos Sobre opiniones
Por el sistema de recolección	Por entrevista Forma mixta: Entregadas por correo, recogidas por entrevistadores Entregadas por entrevistadores, recogidas por correo Por correo Por teléfono

Ventajas y desventajas de los métodos de contacto

FLEXIBILIDAD	CORREO	TELEFONO	PERSONAL
Flexibilidad	Pobre	Bueno	Excelente
Cantidad de información que es posible reunir	Bueno	Regular	Excelente
Control del sesgo del entrevistador	Excelente	Regular	Pobre
Control de la muestra	Regular	Excelente	Regular
Velocidad en la recolección de la información	Pobre	Excelente	Bueno
Porcentaje de respuestas	Pobre	Bueno	Bueno
Costo	Bueno	Regular	Pobre

El proceso para la elaboración y análisis de los datos de una encuesta se muestran en el esquema proporcionado por Hernández Sampieri.



2.2.2. Entrevista personal:

Se hace uso de la entrevista cuando alguien formula las preguntas pertinentes a los objetivos de la investigación.

La entrevista puede ser:

- Estructurada: cuando se llevan cuestionarios preparados de antemano
- Semi estructurada cuando se llevan solo algunas pautas del tema de interés, así el entrevistado se puede expresar libremente.

Desventajas:

Es inaplicable en investigaciones de gran tamaño, por su costo y el mucho tiempo requerido.

Ventajas:

- Proporciona información consistente y mayor numero de respuestas.
- Se pueden corregir errores mediante una segunda entrevista.
- Adaptar el lenguaje de las preguntas de acuerdo al nivel cultural del entrevistado.

Comparando la entrevista con el cuestionario individual, en el que el encuestado rellena el cuestionario, tiene las siguientes ventajas:

- La entrevista permite obtener una información más completa
- La entrevista se puede aplicar tanto a individuos alfabetos como analfabetos.
- Se obtiene mayor número de respuestas de los encuestados que con los cuestionarios.
- Se recogen tanto las respuestas del encuestado como información complementaria captada por el entrevistador.
- Mientras que un cuestionario recibido por correo puede ser olvidado o roto en el acto, en la entrevista a la persona entrevistada hay que recibirla y atenderla siendo más comprometido el no responder.

Las entrevistas cualitativas, pueden comenzar con preguntas amplias, para luego pasar a preguntas más específicas. La dirección y el patrón que se siga pueden variar según como responda el participante. Es importante tener en cuenta las características del interlocutor.

Ejemplo

Niveles de preguntas para las entrevistas en un estudio cualitativo de la anticoncepción de emergencia (AE)

Temas	Preguntas principales	Preguntas de seguimiento	Sondeos
Conocimiento	¿Puede decirme que sabe usted sobre AE?	¿Qué le han dicho otras personas? En su opinión, ¿es verdad lo que dicen?	¿Hay algo más que quiera decir acerca de la AE?
Fuente de información	¿Dónde oyó usted hablar de la AE?	¿Cómo comenzó a hablar de la AE? ¿Qué dijo esa persona de la AE? ¿Quién habla de la AE en estos días?	Hábleme más sobre eso. ¿Puede darme algunos ejemplos?

Experiencia	¿Conoce a alguien que haya usado AE? ¿La ha usado usted?	¿Por qué decidió usted usarla? ¿Qué le pareció su empleo? ¿Se alegró de haberla probado o lo lamentó? ¿Porque?	¿Quién influyó en su decisión? ¿porqué decidió eso?
Opinión	¿Cuáles piensa que son las ventajas y desventajas de la AE?	¿Cómo podría la AE dañar a alguien como usted? ¿cómo piensa usted que otras personas reaccionarían al hecho de que usted use la AE?	¿En que formas podría la AE ayudar o dañar a una persona? ¿que pasa con su esposo/pareja? ¿Qué dirían las mujeres si se les ofreciera la AE?

Tomado de Investigación aplicada a la salud pública, métodos cualitativos: Priscilla R Ulin

2.2.3 Cuestionario

Es un conjunto de preguntas y o proposiciones ordenadas, en forma coherente, a partir de las cuales se pretende obtener información sobre un tema determinado. Con este se recibe información específica de cada individuo.

Las formas de aplicar el cuestionario son:

- Por intermedio de un entrevistador
- Por teléfono
- Por correo.

Para la elaboración de cuestionarios se recomienda las siguientes reglas:

- Las preguntas han de ser pocas (no más de 30).
- Las preguntas preferentemente cerradas y numéricas.
- Redactar las preguntas con lenguaje sencillo.
- Formular las preguntas en forma concreta y precisa.
- Evitar usar palabras abstractas y ambiguas.
- Preguntas cortas.
- Las preguntas formularlas de manera neutral.
- En las preguntas abiertas no dar ninguna opción alternativa.
- No hacer preguntas que obliguen a hacer esfuerzos de memoria.
- No hacer preguntas que obliguen a consultar archivos.
- No hacer preguntas que obliguen a hacer cálculos numéricos complicados.
- No hacer preguntas indiscretas.
- Redactar las preguntas de forma personal y directa.
- Redactar las preguntas para que se contesten de forma directa e inequívoca.
- Que no levanten prejuicios en los encuestados.
- Redactar las preguntas limitadas a una sola idea o referencia.
- Evitar preguntas condicionantes con palabras que conlleven una carga emocional grande.
- Evitar estimular una respuesta condicionada. Es el caso de preguntas que presentan varias respuestas alternativas y una de ellas va unida a un objetivo Tan altruista que difícilmente puede uno negarse.

2.2.4. Lista de cotejo:

Es un conjunto de proposiciones ordenadas de manera coherente, usadas para observar el comportamiento de individuos o fenómenos en estudio.

ANEXO B

 <p style="text-align: center;">LISTA DE CHEQUE BIOSEGURIDAD LABORATORIO DE BACTERIOLOGÍA ESPECIALIZADA</p>			
	ASPECTOS A VERIFICAR	SI/NO	OBSERVACIONES
1	ADMINISTRACIÓN EN BIOSEGURIDAD	NO	
1,1	Existe un plan operativo de actividades de bioseguridad	NO	
1,2	Existe un Comité de Bioseguridad con sus respectivas responsabilidades	NO	Tiene un coordinador responsable de las actividades dentro del laboratorio
1,3	Cuenta el laboratorio con capacitación en cuanto a bioseguridad	NO	
1,4	Tiene Identificado el nivel de contención y riesgos físicos, químicos y biológicos.	SI	Tienen identificado el nivel según los microorganismos que manipulan
1,5	Posee un programa en cuanto organizar, prevenir, actuar, controlar y vigilar.	NO	
1,6	Tiene el laboratorio establecidas e implementadas las normas de bioseguridad.	NO	Conocen algunas normas básicas pero aún le faltan otras y no las tienen establecidas
2	NORMAS GENERALES EN BIOSEGURIDAD		
2,1	Acceso limitado de personal al laboratorio	SI	Solo ingresa personal autorizado, profesores, estudiantes, tesisistas.
2,2	Identificación de los agentes biológicos que se manejan y sus respectivas medidas	SI	Se manipulan dos microorganismos <i>Helicobacter pylori</i> y <i>Listeria monocytogenes</i> y se conoce sus riesgos
2,3	Elementos de protección para evitar riesgos que atente contra la salud de las personas que laboran dentro del laboratorio	SI	Usan protección personal como bata, guantes, tapabocas y gorro, gafas de seguridad dependiendo el riesgo y la

2.2.5 Hoja de registro:

Son formularios para hacer controles de operaciones (control de inventarios, hojas de asistencia).

No se debe olvidar que luego de construir nuestro instrumento de medida debemos investigar su confiabilidad y validez

La confiabilidad: es el grado en que un instrumento se encuentra libre de error al realizar varias mediciones al mismo individuo, esta puede sufrir de sesgos, los que se agrupan en tres categorías:

- a) personales (dependen de cada individuo, como el estrés, el cansancio o la motivación),
- b) condiciones de administración del instrumento (instrucciones distintas a los respondientes, temperatura ambiental, lenguaje, etc.) y,
- c) modificaciones en los instrumentos o tareas (por ejemplo, cambios en ítems o las conductas a observar).

Validez: Se refiere a la capacidad del instrumento de medir lo que verdaderamente queremos medir, o sea que contenga indicadores que se acerquen lo más posible a la realidad.

3. RELEVANCIA Y UTILIDAD DE LA INFORMACIÓN

Se puede considerar que la información es relevante sólo si nos permite tomar decisiones significativas para realizar cambios. Necesariamente estos deben estar acorde a la determinación de necesidades y prioridades.

La toma de decisiones es un proceso en el que el individuo elige entre 2 ó más opciones. En otras palabras, es el proceso de identificación y selección de la acción adecuada para la solución de un problema específico

Las decisiones relativas a las prioridades deben basarse en conocimientos comprobados y someterse a evaluación continua. Para ello se requiere promover el pensamiento crítico en todos los ámbitos. Surge entonces la siguiente pregunta: ¿Cómo podemos promover el razonamiento crítico en los servicios de salud para fijar prioridades, adoptar decisiones acertadas y poner en práctica iniciativas efectivas? En otras palabras, ¿cómo podemos pasar de la evidencia al desempeño?. En teoría las decisiones deberían tener en cuenta el coste y la efectividad de las acciones emprendidas y también el coste de la obtención de la propia información con la que se decide.

Es este contexto surgen las preguntas:

¿Qué datos tenemos? Y, ¿Qué datos nos gustaría tener? las que suelen generar dos respuestas diferentes: por lo general carecemos de los datos ideales y nos vemos obligados a trabajar con los datos que están a nuestro alcance. Eso significa que conviene reconocer sus limitaciones y suposiciones subyacentes, aun mientras luchamos por mejorar su disponibilidad y calidad.

¿Cuántos datos son suficientes? Desde el punto de vista operativo, lo que se necesita en realidad es disponer de datos esenciales lo cual varía según el fin deseado. Para establecer prioridades por lo general se necesitan relativamente pocos datos, siempre que sean razonablemente fiables. Sin embargo, para fines de la planificación y evaluación de programas se necesitan datos con alto grado de especificidad y precisión

La velocidad de los cambios de la realidad y el flujo de información son características corrientes de la sociedad moderna. Esto obliga a las personas a ajustarse con rapidez a las nuevas situaciones. La rapidez en los ajustes presupone la libertad para ajustarse. Pero la necesidad de ajustarse es fruto de errores que derivan del conocimiento incompleto y fragmentario de la realidad.

En un sentido implícito, siempre ha habido un proceso de razonamiento, realizando cuestiones básicas como: ¿“Cuáles” son las necesidades y los recursos?, ¿“A quién” pertenecen?, ¿“Cuándo”, “dónde” y “por qué” existen estas necesidades?, ¿Cómo deben tomarse las decisiones y quién debe hacerlo?. Por ende, la fijación de prioridades es una cuestión de ética. Esta situación exige una redefinición de las normas y supone un fortalecimiento de las capacidades éticas y científicas, así como la mejor información científica.

El otorgar mayor relieve a la función de la información promete mejorar la calidad del proceso de fijar prioridades y tomar decisiones, que abarcan desde las políticas públicas hasta la atención médica individual.

La aplicación de la mejor información o evidencia disponible no garantiza que las decisiones o los resultados sean acertados, pero mejora la probabilidad de que así sea. No basta con dotar a los individuos de los conocimientos prácticos para que puedan presentar la evidencia; los propios encargados de tomar las decisiones deben entender

las reglas básicas en torno a cómo se usa la evidencia y mostrarse dispuestos a aplicarla. Las instancias decisorias deben aprender a tomar mejores decisiones.

Por otro lado, en la planificación y en la gerencia debe quedar claramente reflejada en sus objetivos la simbiosis del conocimiento disponible en materia de salud, junto a las aspiraciones de la población. Sin embargo, la información disponible para la formulación de las políticas y planificación de los servicios de salud es incompleta y es raro encontrar información relevante a las demandas que se tienen en un momento dado. Esto es algo bien conocido tanto por los usuarios como por los productores de la información. Administradores, investigadores y ciudadanos están descontentos con la información que obtienen, mientras que los estadísticos, epidemiólogos y sanitarios no están satisfechos con la información que producen. Quizá el origen esté en las dificultades encontradas cuando se intenta convertir una gran variedad de datos, producidos por diversas partes del Sistema de Salud, y fuera de él, en un sistema capaz de proveer información. Es importante considerar que las personas que contribuyen a la adopción de decisiones en el ámbito científico y tecnológico deben ante todo centrarse en la capacidad para generar conocimientos científicos y tecnológicos endógenos.

Cuando se obtienen datos para respaldar la adopción de decisiones, generalmente, surgen cuatro interrogantes relacionadas con la planificación.

- a. ¿Dónde estamos?: Esta pregunta exige un análisis de la situación y una definición del problema. Si no nos ponemos de acuerdo sobre la naturaleza del problema, no podremos avanzar.
- b. ¿Dónde queremos estar?: Esta pregunta exige que haya metas y objetivos. Las metas y los objetivos deben ser válidos en su aspecto epidemiológico y racional en su aspecto administrativo; han de concebirse para el éxito, en vez de ser invitaciones al fracaso.
- c. ¿Cómo llegaremos?: Ahora debemos elaborar el plan de operaciones y los indicadores.
- d. ¿Cómo sabremos que hemos llegado a ese punto?: Algunos instrumentos de vigilancia bien elaborados, como los sistemas de información que monitorean el desempeño, aplican una combinación de indicadores de procesos y de resultados.

Si se considera a la decisión como el proceso intelectual que lleva a una elección entre varias posibilidades y que es común a varias situaciones, la solución de los problemas de salud puede ser considerado como un proceso continuo de toma de decisiones médicas, de las cuales depende definitivamente, el éxito o el fracaso de la gestión que se realiza. A partir de lo expuesto, puede inferirse que la toma de decisiones debe ser considerada también una importante habilidad necesaria en la profesión médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anaut Bravo. Fuentes de Información para una investigación social en salud. Rev. HAOL 1(Jun-Agos 2003): 85-97. ISSN 1696-2060.2003.
2. Corona Martínez L. Fonseca Hernández F. La toma de decisiones médicas y su formación como habilidad profesional. Educ Med Sup 17(4), 2001.
3. Dever A. La Epidemiología en la administración de los servicios de salud: Planificación y administración de los servicios de salud. OPS-OMS. ISBN 9275-32044-6. 1991
4. Gervas Camacho J. Información en medicina general. Rev San Hig Púb, Vol. 66, No. 3-1: 179-185, 1992.
5. GORE Ica, DRTPE. Diagnóstico Socioeconómico Laboral de la Región Ica. Ica, N° 2007-11671. Octubre, 2007.
6. GORE Ica. Plan de Desarrollo Concertado de la Región Ica 2007-2011. GERENCIA REGIONAL DE PLANEAMIENTO, PRESUPUESTO Y ACONDICIONAMIENTO TERRITORIAL SUB GERENCIA DE PLANEAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO TERRITORIAL. Junio 2007. <http://www.regionica.gob.pe>.
7. Hernández Sampieri. (1991). Metodología de la Investigación. Edit. Mc Graw Hill. ISBN 970-10-5753-8. Cuarta Edición 2006.
8. INEI. Perfil Sociodemográfico del Perú. <http://www.inei.gob.pe/>
9. La Torre Cano. Fuentes de documentación: La búsqueda documental (Bibliográfica y archivística). Códice. Revista de Investigación Histórica, núm. 18. Jaén Diciembre, 2003 Disponible en Internet: http://www.revistacodice.es/codice_18/LUCIALATORRE.pdf
10. Ministerio de Salud. <http://www.minsa.gob.pe/portada/estadistica.htm> (20 de setiembre 09)
11. Mertin J., Flores L., Fuentes de recolección de datos. Universidad Central de Venezuela. Escuela de Educación de la UCV Estudios Universitarios Supervisados – EUS 2003.
12. MINSA, Oficina General de Estadística e Informática. Reporteador Ver.1.01, Manual del Usuario. 2007
13. Priscilla Ulan: Investigación aplicada a la salud pública: Métodos cuantitativos, Organización Panamericana de la Salud, 2006
14. Regidor E. Sistema de Información sanitaria en la Planificación. Rev San Hig Púb, Vd. 65, No. 1, 1991.
15. Rovira j. Evaluación económica en salud: de la investigación a la toma de decisiones. Rev Esp Salud Pública, Vol. 78, N.º 3: 293-295, Mayo-Junio 2004.
16. Torres M., Paz A.. Métodos de recolección de datos para una investigación. Facultad de Ingeniería Universidad Rafael Landívar. Boletín Electrónico N 03 Guatemala 2006. http://ingenieria.url.edu.gt/boletin/URL_03_BAS01.pdf.
17. UNESCO (2005). Hacia las sociedades del conocimiento. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Impreso por Jouve, Mayenne France. ISBN 92-3-304000-3 — © UNESCO 2005.
18. White F. De la evidencia al desempeño: cómo fijar prioridades y tomar buenas decisiones. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 4(1), 1998.