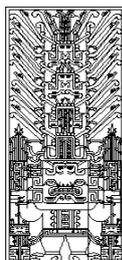


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
ESCUELA UNIVERSITARIA DE POST GRADO
MAESTRIA EN GESTIÓN Y CONDUCCIÓN DE SALUD



TESIS

**“CONOCIMIENTO SOBRE EL PLAN DE CONTINGENCIA DE
DESASTRE POR SISMO DEL PERSONAL DE SALUD QUE
LABORA EN EL CENTRO CLÍNICO ZARATE, 2017”**

PRESENTADO POR:

YSABEL JACQUELINE VÁSQUEZ VÁSQUEZ

Asesor:

Dr. Carlos G. Medina Soriano

Jurado:

Dr. Guardia Salas, Jesus Guillermo

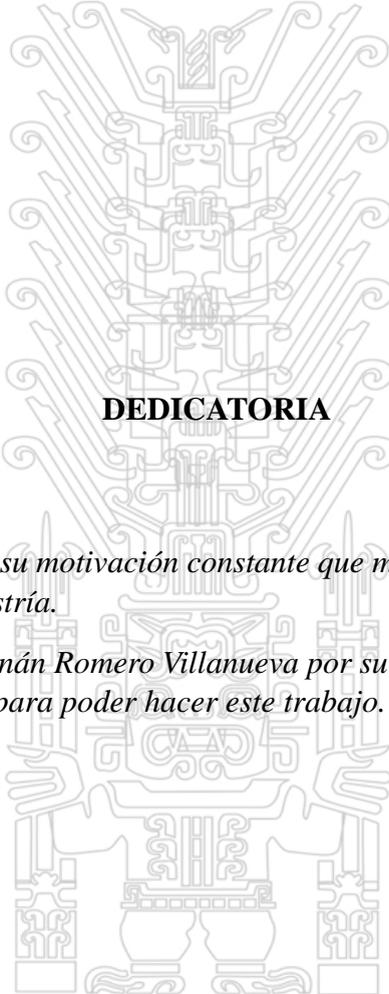
Dr. Lozano Zanelly, Gleen Alberto

Dra. Cruz Gonzales, Gloria Esperanza

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN GESTIÓN Y CONDUCCIÓN DE SALUD**

LIMA-PERÚ

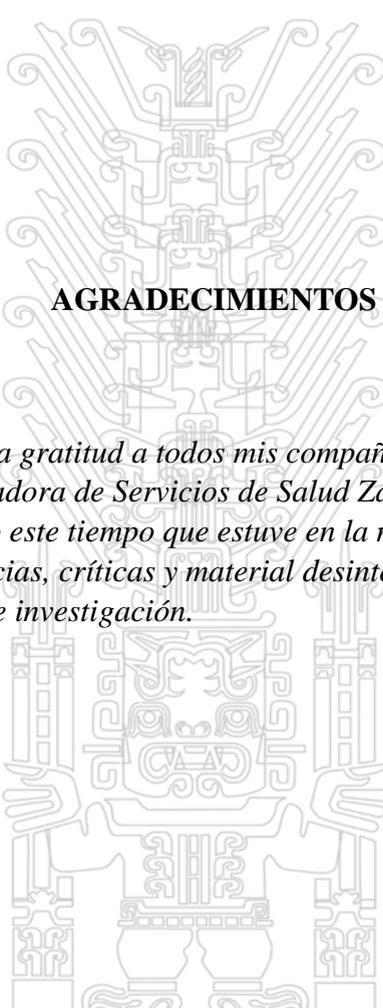
2018



DEDICATORIA

A mi familia por su motivación constante que me ha permitido terminar con éxito la maestría.

Al Dr. Ángel Hernán Romero Villanueva por su ayuda, esfuerzo, paciencia y entendimiento para poder hacer este trabajo.



AGRADECIMIENTOS

Expreso mi eterna gratitud a todos mis compañeros de trabajo de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Zarate, por el apoyo que me han dado en todo este tiempo que estuve en la maestría dándome apoyo, valiosas sugerencias, críticas y material desinteresado para la elaboración de este trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA	01
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	03
INDICE	04
RESUMEN	06
ABSTRACT	07
INTRODUCCION	08
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Antecedentes	10
1.2. Planteamiento del problema	16
1.2.1. Formulación del problema	20
1.3. Objetivos	21
1.4. Justificación	22
1.5. Alcances y limitaciones	23
1.6. Definición de variables	24
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	25
2.1. Teorías generales relacionadas con el tema	25
2.2. Bases teóricas especializadas sobre el tema	38
2.3. Marco conceptual	41
2.4. Hipótesis	42
CAPÍTULO III: MÉTODO	43
3.1. Tipo de investigación	43
3.2. Diseño de investigación	43
3.3. Estrategias de prueba de hipótesis	43

3.4. Variables	44
3.5. Población	44
3.6. Muestra	44
3.7. Técnicas instrumentos de recolección de datos	45
3.8. Procesamiento y análisis de datos	45
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	46
4.1. Presentación y análisis de los resultados	47
4.2. Valores estadísticos y significancia de la Prueba Chi-cuadrado	57
4.3. Contrastación de Hipótesis	59
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	62
5.1. Discusión	62
5.2. Conclusiones	67
5.3. Recomendaciones	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	74
Anexo “A” Matriz de Consistencia	75
Anexo “B” Operacionalización de variables	76
Anexo “C” Instrumentos de investigación	77
Anexo “D” Proceso de validación de Jueces de Expertos	84
Anexo “E” Características socio laborales del personal de salud	88

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre el plan de contingencia de desastre por sismo del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017

La investigación fue de tipo aplicada de nivel descriptivo, prospectivo, longitudinal con el fin de obtener información. Se trabajó con una muestra de 98 profesionales de la salud que laboraron durante el periodo de estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Se utilizó como instrumentos de investigación la encuesta y cuestionarios validados y confiables, se planteó como hipótesis que el nivel de conocimiento sobre el plan de contingencia de desastre por sismo del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es bajo

Se concluyó que los profesionales de la salud tuvieron un nivel de conocimiento acerca del plan de contingencia antes del evento sísmico en nivel bajo en enfermeras, obstetras, odontólogos y nutricionistas, con tendencia a medio en médicos, y después del evento sísmico fue de medio en enfermeras, obstetras, odontólogos y nutricionistas y alto en médicos.

Se recomienda diseñar y/o elaborar programas de educación permanente dirigida a los profesionales sobre el manejo de pacientes en caso de ser víctimas de desastres; así como la elaboración de guías de procedimientos y/o material sobre el quehacer ante desastres.

Palabras claves: nivel de conocimiento, plan de contingencia, desastres y sismos.

ABSTRACT

The main objective of this research work was to determine the level of knowledge about the earthquake disaster contingency plan of health personnel working at the Zarate Clinical Center (IPRESS) – 2017

The research was of the applied type of descriptive, prospective, longitudinal level in order to obtain information. We worked with a sample of 98 health professionals who worked during the study period and who met the inclusion and exclusion criteria.

The survey and validated and reliable questionnaires were used as research instruments, and it was hypothesized that the level of knowledge about the earthquake disaster contingency plan of the health personnel working at the Zarate Clinical Center (IPRESS) - 2017 is low

It was concluded that the health professionals had a level of knowledge about the contingency plan before the seismic event in low level in nurses, obstetricians, dentists and nutritionists, with a tendency to medium in physicians, and after the seismic event was of medium in nurses, obstetricians, dentists and nutritionists and high in doctors.

It is recommended to design and / or elaborate programs of permanent education directed to the professionals on the handling of patients in case of being victims of disasters; as well as the elaboration of procedural guides and / or material on disaster work.

Keywords: level of knowledge, contingency plan, disasters and earthquakes.

INTRODUCCIÓN

El Plan de Contingencia del Sector Salud ante un Sismo de Gran Magnitud en Lima y Callao permitirá brindar atención oportuna a las víctimas durante los primeros siete días, con énfasis en las 72 horas posteriores al sismo, en los establecimientos de salud (20).

El programa de desastres ha sido, durante los últimos 40 años, el equipo técnico de los Ministerios de Salud que ha facilitado la respuesta en situaciones de desastre; los ámbitos y competencias están cambiando y la visión de preparación y respuesta se amplía a un proceso integral de gestión del riesgo direccionado bajo el Marco de Acción de Sendai 2015 – 2030, promoviendo a la reducción del riesgo de desastres a fin de evitar muertes, reducir enfermedades, discapacidades y el impacto psico-social resultantes del impacto de las emergencia y desastres (21).

En el Perú prácticamente no hay localidad en el país que no haya sufrido daño por efecto de los sismos. Los desastres naturales que más huellas dejaron en el país y en nuestra memoria son sin duda los terremotos. El terremoto de 1746 ha sido el fenómeno más destructor en la historia del país, arrasó la ciudad de Lima y otras ciudades. El maremoto que siguió al sismo destruyó el puerto del Callao, donde sobrevivieron solo 200 de sus 5000 habitantes. El terremoto del 31 de mayo de 1970 en la costa y sierra norte del Perú está considerado como uno de los más devastadores del siglo XX en el mundo, causó la muerte de unas 65 000 personas y dejó 160 000 heridos (1).

De acuerdo con los antecedentes y al seguimiento de la actividad sísmica de los últimos años, el Instituto Nacional de Defensa Civil ha elaborado el Mapa de Epicentros Hipotéticos del país, el que ha sido utilizado para determinar las hipótesis de un simulacro de sismo. Puede apreciarse que en el litoral hay hasta cinco zonas de alta amenaza sísmica: frente a las costas de Tumbes, Lambayeque, Ancash, Lima y Arequipa; los que respondería a la actividad Tectónica de Placas. En el interior del país se aprecian posibles epicentros en los departamentos de Amazonas, San Martín Junín y Cusco; los que se debería a fallas locales de la

corteza terrestre. Dentro de este universo del riesgo de desastre por la actividad sísmica que caracteriza al Perú, el caso específico de Lima y Callao constituye probablemente el más delicado. Ello, se evidencia en el énfasis que el Sistema Nacional de Defensa Civil pone en las actividades de prevención, mitigación y preparación frente a posibles daños de magnitud considerable. Los estudios realizados por el Instituto Nacional de Defensa Civil sobre el riesgo de desastre por terremoto en Lima y Callao muestran cifras de probables daños realmente severos.

En la investigación se ha trabajado los siguientes aspectos:

Capítulo I: Planteamiento del Problema, se presentan los antecedentes de investigación, la descripción de la realidad problemática, lo que permite formular la pregunta de investigación, los objetivos y la justificación.

Capítulo II: Marco teórico, se describen las teorías generales y especializadas; así como el marco conceptual, lo que permite dar sustento al trabajo de investigación y formular las hipótesis de investigación.

Capítulo III: Método, se selecciona el tipo, nivel y diseño de investigación, la determinación de la población y la muestra, la validez del instrumento y las técnicas para el procesamiento y análisis de resultados.

Capítulo IV: Presentación de los resultados, se presenta a manera de tablas y gráficos los resultados de la aplicación de instrumentos de investigación, con su respectivo análisis e interpretación; así como la contrastación de la hipótesis.

Capítulo V: Discusión, se realiza la discusión de los resultados comparándolos con otros investigadores, se formula las conclusiones y recomendaciones las cuales se han desprendido de los objetivos de la investigación.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

1.1.1. Nacionales

Maita R. ⁽¹⁾ (2014) *“Conocimientos del personal de salud sobre la respuesta ante un desastre por sismo, en el Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycán en el 2014”*. [Tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

El estudio tuvo como objetivo determinar los conocimientos del personal de salud sobre la respuesta ante un desastre por sismo, en el Centro de Salud Señor de los Milagros Huaycán. Lima-Perú. Material y Métodos. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 31 trabajadores. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100%(31) ,55%(18) no conoce sobre la respuesta ante un desastre por sismo considerando la fase antes durante y después del sismo, y 45%(13) conoce. En la fase “antes”, 55%(18) no conoce y 45%(13) conoce. En la fase “durante”, el 52%(16) no conoce y 48%(15) conoce. Y en la fase “después” 52%(16) no conoce y 48%(15) conoce.

Conclusiones. El mayor porcentaje del personal del Centro de Salud Señor de los Milagros, no conoce la respuesta ante un desastre por sismo, referido a las fases del ciclo del desastre, actividades importantes que permiten llevar a cabo acciones anticipadas ante un desastre, definición de plan de contingencia ante un desastre, componentes del plan de contingencia, finalidad de la mitigación, definición del centro de operaciones de emergencias (COE), comisiones que no forman parte del COE, enunciados que se relacionan al triage, código de colores del triage, triage según nivel de atención, actitud durante el sismo, tiempo de evacuación a zona segura, finalidad del estado de alerta, objetivo fundamental en la etapa de respuesta, actividad en la fase “después” del

desastre, definición y actividades que corresponden a la “rehabilitación” y proceso de “reconstrucción”.

Ocharán J. ⁽³⁾ (2013) *“Nivel de conocimiento del plan hospitalario y medidas de acción frente a situaciones de desastres en el Hospital Nacional Cayetano Heredia: año 2013”*. [Tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Objetivo: determinar el nivel de conocimiento del plan hospitalario para desastres y las medidas de acción frente a situaciones de desastres del personal de salud que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Año 2013. Metodología: el tipo de estudio es Observacional, descriptivo de corte transversal- prospectivo. Se trabajó con 55 personas entre nombrados y contratados que laboran permanentemente en el servicio de Emergencia de adultos del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo Mayo- Agosto 2013. Los datos se analizarán por medio del software estadístico SPSS v.21. Para el Análisis descriptivo de las variables cualitativas se estimaron las frecuencias absolutas y relativas (%). Para las variables cuantitativas se estimaron las medidas de tendencia central y de dispersión. Se utilizó la prueba Chi cuadrado no paramétrica para establecer la asociación entre variables.

Se Concluye en que los 55 trabajadores evaluados la mayoría son procedentes de San Martín de Porres 25.5%, con edad promedio de 38.6 ± 10.4 años. Según el estado civil: el 56.4% son casados y el 40% solteros. El 83.6% del personal es “Asistencial” (profesional de la salud) y el 16.4% es “No Asistencial” (personal administrativo). En cuanto a las brigadas hospitalarias, solo el 30.9% forma parte de alguna brigada hospitalaria. El Nivel de Conocimientos sobre el Plan Hospitalario fue “Medio” en el 61.8% y “Bajo” en el 38.2% de los trabajadores. El 40% de los participantes no están capacitados ante una situación de desastre en el Hospital y el 38.2% ha recibido una capacitación completa. La edad promedio de los trabajadores con un nivel de conocimiento

“Bajo” es 38.1 ± 9.7 años similar a la edad promedio de los trabajadores con un

nivel de conocimiento “Medio” 39.0 ± 11.0 años ($p=0.765$). Se encontró cierta asociación significativa entre el estado civil y el nivel de conocimiento ($p=0.054$), asimismo se halló asociación significativa entre la pertenencia a alguna brigada hospitalaria y el nivel de conocimiento “Bajo” y “Medio” ($p=0.036$).

En el personal con nivel de conocimientos “Bajo”, el 71.4% no está capacitado ante situación de desastres, el 19% ha recibido una capacitación completa y el 9.6% ha recibido una capacitación incompleta; en cambio en el personal con nivel de conocimientos “Medio”, el 50% ha recibido una capacitación completa, el 29.4% ha recibido una capacitación incompleta y el 20.6% no está capacitado, por lo que existe relación entre el nivel de conocimientos y las medidas de acción ($p=0.001$).

Los trabajadores que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Cayetano tienen un nivel de conocimiento “Medio” (61.8%) del plan hospitalario para emergencias y desastres, observándose que la mayoría de los trabajadores no se encuentra capacitado (40%) hallando asociación significativa con el nivel de conocimiento ($p=0.001$). Por otro lado se observa asociación significativa entre el estado civil ($p=0.054$), el no pertenecer a brigadas hospitalarias ($p=0.036$) con el nivel de conocimiento “Bajo” del plan hospitalario.

Gutiérrez M. ⁽⁵⁾ (2013) *“Estimación de la seguridad del funcionamiento de un Hospital público ante un sismo de gran magnitud en la ciudad de Lima en el 2013”*, [tesis para optar el Título de maestro en administración en Salud]. Lima-Perú: Universidad San Martín de Porres.

Estimar la seguridad del hospital Uldarico Rocca de EsSalud ante un sismo de gran magnitud en la ciudad de Lima, y su capacidad de respuesta para atender a posibles víctimas generadas por este tipo de evento adverso en el distrito de Villa El Salvador en el año 2013. Material y métodos: El estudio es observacional tipo descriptivo y transversal. Se utilizó el Índice de Seguridad Hospitalaria para evaluar la probabilidad del funcionamiento de los

salud frente a un sismo de magnitud 8,0 Mw e intensidad de VIII MM que se podría presentar a 33 Km. de profundidad, y a 70 kilómetros al oeste del distrito de la Punta Resultados. El hospital tiene un índice de seguridad de 0,66 y 0,34 de vulnerabilidad, siendo clasificado en la categoría B, es decir tiene una media probabilidad de continuar funcionando durante y después del sismo. El establecimiento podría atender al 20% de las víctimas que acuden en las primeras 24 horas después del sismo.

Conclusiones: La mayor vulnerabilidad del hospital corresponde al componente funcional que incluye la organización y planificación en casos de desastres. Se requiere efectuar un estudio de vulnerabilidad estructural para tener una mejor conclusión sobre su probabilidad de funcionamiento.

Torres E. ⁽⁶⁾ (2013) “*Conocimiento del profesional de enfermería sobre triaje en víctimas por desastres en la Unidad de Emergencia General Hospital de Apoyo San Francisco Ayacucho 2013*”, [tesis para optar el Título de especialista en emergencias y desastres]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

El objetivo fue determinar los conocimientos del profesional de enfermería sobre triaje en víctimas por desastres en la Unidad de Emergencia General Hospital de Apoyo San Francisco Ayacucho. 2015. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 20. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (20), 40% (8) conoce y 60% (12) no conoce.

En cuanto a la dimensión clasificación de la prioridad, 50% (10) conoce y 50% (10) no conoce, en la dimensión codificación de la prioridad, 40% (8) conoce y 60% (12) no conoce; y en la dimensión ética 5% (1) conoce y 95% (19) no conoce.

Conclusiones. El mayor porcentaje de profesionales no conocen que los pacientes que necesitan traslado y pueden esperar corresponde a la prioridad

II, que la condición de insalvable corresponden a la prioridad I, deben ser

etiquetados con color negro, y que los ancianos deben recibir atención preferente antes que los jóvenes; seguido de un porcentaje considerable que conocen que los pacientes en condición insalvable corresponden a la prioridad I, se necesitan 30 segundos para clasificar a una persona como muerta y las personas con discapacidad deben recibir atención preferente antes que las personas sin discapacidad.

Pastor H. y Fernández, G. ⁽⁷⁾ (2015) *“Actitudes y conocimientos sobre la prevención de riesgos y desastres en los estudiantes de la escuela de formación profesional de enfermería -2015”*, [tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Ayacucho – Perú: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.

El presente trabajo se realizó con el objetivo de determinar las actitudes y conocimientos sobre la prevención de riesgos y desastres en los estudiantes de la escuela de Enfermería UNSCH, 2015. El diseño de investigación pertenece a un estudio transversal, no experimental, descriptivo; el área de estudio se llevó a cabo en los ambientes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; la población estuvo conformada por los estudiantes matriculados en la Escuela de Enfermería, cuya muestra ascendió a 179. La técnica utilizada fue el cuestionario autoinformado y la Escala de Likert para evaluar la actitud de los estudiantes. Resultados: El mayor porcentaje de los estudiantes de la Escuela de Enfermería, poseen conocimientos deficientes y muy deficientes, sobre la prevención de riesgos y desastres, alcanzando un 64.8%, asimismo es independiente a la serie y a la edad de los estudiantes (P0.05).

1.1.2. Internacionales

Córdova M. y Bravo J. ⁽²⁾ (2015) “*Conocimientos de los estudiantes de cuarto año de la escuela de enfermería sobre prevención ante desastres naturales sismos terremotos Guayaquil*”. [Tesis para optar el Título profesional de enfermería]. Ecuador: Universidad de Guayaquil.

Los desastres naturales son eventos no deseados que por ser inesperados, tienen un alto impacto negativo en la comunidad donde incursionen, debido a ello todas las personas deben prepararse para actuar ante una emergencia, por lo que se planteó como objetivo determinar los conocimientos de las estudiantes de cuarto año de la Escuela de Enfermería sobre prevención ante desastres naturales (sismos – terremotos), durante el período 2014 – 2015, efectuándose un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, con uso de la encuesta aplicada a una muestra de 164 estudiantes de enfermería, evidenciando que el género femenino representa el 91% del grupo objetivo, el 48% del grupo etario se encuentra entre los 23 a los 35 años de edad, 57% trabaja y estudia.

Resultados : el 42% siente temor y miedo ante un eventual temblor o terremoto, 47% consideró necesaria la capacitación para la actuación ante desastres naturales, debido a que el 85% tiene poco conocimiento acerca de los niveles de alerta ante sismos, 73% de las estudiantes de Enfermería no recibieron nunca la capacitación para actuar correctamente ante los desastres naturales, presentando un bajo nivel de preparación, mientras que el 51% nunca participó en simulacros para la acción y prevención ante desastres y el 44% no tuvo participación en la inducción para prestar primeros auxilios a la comunidad, por ello las alumnas de esta Escuela manifestaron encontrarse a favor de la capacitación y del material informativo como tríptico, folletos y afiches, para mejorar la actuación del grupo objetivo ante la ocurrencia de un desastre natural.

Castillo M. ⁽⁴⁾ (2011) “*Evaluación del nivel de conocimiento sobre el plan de evacuación en situaciones de emergencias y desastres en el Hospital el Rosario de Cabima en el 2011*”, [tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres]. Venezuela: Universidad de Zulia.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimiento del plan de evacuación en situaciones de emergencia y desastres en el Hospital El Rosario (HER) Cabimas. Estudio descriptivo, no experimental y de campo a través de un cuestionario de 16 ítems tipo test dicotómico, dirigido a una población de 40 personas que labora en los servicios correspondientes de emergencia, hospitalización y la unidad de cuidados intensivos, se obtuvo que el promedio de años de servicio del personal que labora es de 5 años, este se encuentra laborando en UCI.

Se concluye: El personal encuestado percibe riesgos que amenazan a la institución en su mayoría internos, en un 60% luego los desastres naturales, en un 30% y por último los producidos por el hombre en un 10% que el conocimiento en cuanto a la existencia y los miembros que integran el comité hospitalario es deficiente, de igual manera lo concerniente a la información y capacitación del plan de evacuación del HER es deficiente.

1.2 Planteamiento del Problema

El Perú es un país con alta vulnerabilidad en desastres naturales pues se encuentra ubicado dentro del denominado “Cinturón de Fuego del Pacífico” y casi al borde del encuentro de dos placas tectónicas, la Sudamericana y la de Nazca, donde se produce el efecto de subducción, que ha provocado un gran número de sismos de gran poder destructivo en la parte occidental de nuestro territorio. Adicionalmente cuenta con la presencia de la Cordillera de los Andes hacen que el territorio esté expuesto a movimientos sísmicos, permanentemente a lluvias e inundaciones, principalmente en toda la zona costera del litoral peruano (1).

Este proceso es la fuente de origen de los sismos pequeños y grandes en el Perú, proceso que no se va a detener y por lo tanto, siempre seremos afectados por sismos de diferentes tamaños. Los sismos son cíclicos y los de mayor magnitud, se tomarán más tiempo en retornar, en todo caso no podremos evitarlos, ellos se harán presentes en algún momento (9).

En los hospitales, si bien existen normas que establecen la conformación y funciones de sus comités de defensa civil, no existe un órgano estructural encargado de canalizar y efectivizar los acuerdos de dicho comité, lo que dificulta el logro de adecuados niveles de seguridad y de preparación. Los establecimientos de salud de menor complejidad comparten esta situación (1).

Una medida fundamental para lograrlo consiste en hacer que los hospitales sean más seguros, imponiendo y aplicando normas de edificación que garanticen la calidad de las construcciones, formando al personal para que esté preparado cuando se produzca una situación de emergencia, y evaluando los centros de salud existentes para descubrir posibles vulnerabilidades. El terremoto masivo que azotó la provincia china de Sichuan en 2008 dejó un saldo de 88 000 muertos y desaparecidos, 400 000 heridos y 11 000 hospitales dañados o destruidos. Más de 12 000 escuelas, el 40% de todas las de Sichuan, se vieron afectadas, y como consecuencia miles de niños murieron o sufrieron heridas. Estas cifras provocan una creciente preocupación por los efectos de los desastres en la educación y la salud (13).

La función principal de los hospitales ante tales eventos catastróficos inesperados es preservar la salud y buscar la recuperación de una comunidad ante un desastre, sin embargo; ante estos desastres, la infraestructura hospitalaria también se ve afectado siendo un peligro para la seguridad de la población. Desde hace más de 13 años, el Ministerio de Salud ha identificado la alta vulnerabilidad de los hospitales de la capital de Lima, sin embargo, no solo se evidencia la precaria infraestructura hospitalaria del país, sino también

la inadecuada práctica de un protocolo nacional que ordene las acciones del

Sector Salud (el Ministerio de Salud, la Seguridad Social y la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía) frente a un desastre (3) posiblemente, por cumplir las exigencias que se requieren para ser calificadas según su nivel de capacidad resolutoria, se cuente con estos planes, pero no son actualizados constantemente ni socializados ante el personal de salud, siendo este un grave problema de gestión en los distintos establecimientos de salud.

La Comisión Mixta de Acreditación Hospitalaria de los EE.UU. señala que "el hospital debe estar equipado, preparado y mantenido, de tal manera que conserve sus características sanitarias y reduzca al mínimo todos los riesgos a la salud, en lo que respecta a la protección de los enfermos y del personal" En síntesis el hospital debe contar con planes escritos para la atención adecuada y oportuna de las situaciones de desastre y de las víctimas procedentes de un desastre interno y/o externo (4), pues esto sería muy apropiado si todo el personal que trabaja conoce estas medidas, y sobre todo si el equipo de gestión es capaz de considerar como parte del plan en salud que realice cada año, pero no se encuentra esta realidad en muchos de los establecimientos en el mundo.

En los últimos años en Chile ha aumentado el número de proyectos e iniciativas que buscan reducir el riesgo de desastres. El país ha avanzado en el estudio y monitoreo de las principales amenazas a las cuales está expuesto, generándose información científica, técnica y mapas de las zonas de influencia de dichas amenazas. Asimismo, los niveles de desarrollo alcanzados hacen que, en términos comparativos con el resto de los países de América Latina y el Caribe, Chile presente un nivel de vulnerabilidad prevalente bajo y un alto nivel de resiliencia a desastres. No obstante, el país enfrenta un contexto dinámico en el cual el crecimiento de la población, los procesos de desarrollo y el cambio climático y su incidencia en el comportamiento de las amenazas demandarán esfuerzos adicionales por parte de un mayor número de actores, para reducir el riesgo de desastres (12).

Los estudios técnicos han identificado las zonas críticas de la ciudad de Lima ante un sismo, las cuales están distribuidas en los siguientes distritos: Punta Hermosa, Lurín, Villa El Salvador, Pachacámac, Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores, Ate Vitarte, San Juan de Lurigancho (Chosica), Lima Cercado, Rímac, Ventanilla, Independencia, Comas, Carabayllo y Ancón. El mayor problema lo presentan las edificaciones ubicadas en las laderas de los cerros, muchos de ellos arenosos; en antiguos cauces de ríos o quebradas, y los expuestos a la erosión marina en algunas zonas costeras (5).

La creación y ejecución de planes para mitigar y prevenir desastres se hace necesario, si se toma en cuenta, que desde la antigüedad han ocurrido fenómenos que han azotado a diferentes puntos geográficos del globo terráqueo. Es por ello por lo que la realización de simulacros ante estos desastres naturales facilita las acciones responsables ante el desastre (8).

La mayor vulnerabilidad del plan radica en lograr viabilidad principalmente técnica y el apoyo del personal. La Dirección del establecimiento y el Comité Hospitalario de Desastres son los responsables de su sostenibilidad, ello influirá poderosamente en la supervivencia de las víctimas. Este documento debe actualizarse cada año, pero el trabajo del comité debe ser permanente. Todo el personal debe tener los conocimientos, las destrezas y la preparación psicológica suficientes para superar el trance del desastre y poder cumplir sus labores con eficacia. No es suficiente enseñar, es indispensable comprobar la suficiencia individual y grupal (10).

La Organización Mundial de la Salud y el UNICEF han pedido hoy a los Gobiernos que refuercen las medidas de reducción de riesgos en cuatro áreas decisivas para que los sistemas sanitarios y educativos puedan afrontar bien los desastres, incluidos los riesgos del cambio climático. Dichas medidas abarcan la Evaluación de la seguridad de los hospitales y las escuelas y adopción de medidas correctivas para hacerlos más seguros;

Aplicación por todos los hospitales y escuelas de programas de preparación para situaciones de emergencia y desastres, incluida la capacitación del personal y la realización de ensayos; Educación, capacitación y participación de las comunidades en la reducción de los riesgos de los desastres (13).

Estas apreciaciones son demostradas en la realidad local de Zarate, pues se indago al personal de salud a través de un sondeo de opinión y el cual se realizó una serie de preguntas, como ¿está usted preparado ante un posible sismo dentro de su labor profesional?... a lo que contestaron “ No , la verdad no se cuál es el plan de emergencia”... nunca me pasado no creo que justo a mí me toque”...” probablemente ya estén viendo un curso de capacitación” “la verdad espero no estar de turno”.... “no recuerdo bien pero si se cómo lo haría en el momento”... otra pregunta fue ¿se realizó un simulacro en este año?.. “la verdad este año no”...” si pero no estaba de turno...creo?”... “la simulación fue así nomas, en diapositivas cuando hubo capacitación”. La otra pregunta fue ¿le capacitaron a usted el último año?... a lo que ellos contestaron: “La verdad no... yo me capacite por mi cuenta”. “me lo exigieron, pero tuve que hacerlo en otro lado”. “acá no consideran ese tema importante” entre otras opiniones vertidas en la que nos daremos cuenta realmente la necesidad de buscar soluciones ante este problema.

El Plan de Contingencia ante sismos e incendios en nuestro país ha sido aprobado y publicado en el diario “El Peruano” bajo resolución, considerando los marcos técnicos específicos que rigen la gestión del riesgo de desastre en el País, así como la realidad sísmica y vulnerabilidad identificada y que habiéndose emitido los informes técnico legales opina por la procedencia de la implementación de dicho Plan. El nivel de conocimiento de este plan por parte de los profesionales de la salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS) fue evaluado antes y después de un desastre por sismo,

implementar medidas y estrategias para mejorar el nivel de conocimiento de este grupo profesional, motivo de la presente investigación.

Esta descripción de la realidad problemática nos llevó a formular las siguientes preguntas de investigación:

1.2.1. Formulación del problema (Kerlinger)

¿Cuál es el nivel de Conocimiento, según cuestionario sobre el plan de contingencia de desastre por sismo del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- de junio a diciembre del año 2017?

1.2.1.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de Conocimiento, sobre el plan de contingencia de desastre por sismo del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017?

1.2.1.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el Nivel conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017?
- ¿Cuál es el Nivel conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017?

1.3 Objetivos:

1.3.1. Objetivo General

Determinar el nivel de Conocimiento sobre el plan de contingencia de desastre por sismo del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el Nivel conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.
- Identificar el Nivel conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017

1.4 Justificación:

El siguiente estudio de investigación se realizó con la finalidad de demostrar que el problema de los desastres naturales implica mucho a la gestión y conducción de la salud, pues estos fenómenos exigen que los profesionales de la salud estén preparados en la atención de víctimas por desastres de manera oportuna, segura y efectiva. Dentro del amplio conjunto de necesidades y su complejidad, la organización de la asistencia médica y el equipo multidisciplinario de salud constituye sin duda el punto focal en la coordinación de la respuesta del sector salud, y sus gestores en el ministerio de salud, ya que la atención oportuna juega un papel crítico para salvar vidas, esta atención en salud, tanto en los usuarios como a los mismos profesionales, pese a ser oportuna, podría resultar insignificante si es desorganizada e incoherente y por tanto ineficaz e ineficiente, de este punto se desprende la idea de determinar el nivel de conocimiento que tenga el profesional de salud ante estos sucesos, datos que fueron claves para una evaluación del personal.

que labora en la Unidad básica de atención primaria Zarate -2017, sirviendo así como información actualizada, verídica y necesaria para aplicar soluciones desde las direcciones de gestión en salud del establecimientos, hasta propuestas que velen por la mejora en este tema.

Además la necesidad de tocar este tema fue contribuir con el Plan de Contingencia siendo un instrumento de gestión que ha promovido la participación de las capacidades el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres -SINAGERD (Ley No 29664), que considera dos organismos ejecutores: el INDECI para la parte de preparación, respuesta y rehabilitación ante situaciones de desastre; y un nuevo organismo - el Centro Nacional de Estimación, Prevención y Reducción del Riesgo de Desastres- CENEPRED, encargado de los procesos de estimación, prevención y reducción del riesgo y el proceso de reconstrucción (14) destacando que la Gestión de Riesgos tiene como objetivo fundamental la protección y el trabajo sistemático para la prevención de pérdidas humanas y materiales antes, durante y después de la ocurrencia de un desastre natural, cuyo rol fue importante en la prevención sanitaria ante este tipo de eventos no deseados. Por lo tanto en la actualidad el país y la zona donde se realizó el estudio se encontró vulnerable ante probabilidad de sismo, el cual fue necesario verlo desde el enfoque preventivo orientado a la educación, si bien antes de ello se corroboró como se encontró el personal de salud ante la toma de medidas de acción ante un desastre y logró una respuesta organizada fue necesario apoyarse en un plan (que cuente con capacitaciones, talleres, etc.) en el cual se consideren y conozcan todas las medidas de acción ante cada fase de un desastre natural.

También fue imprescindible que este estudio haya servido como base a posteriores estudios de gestión en la salud, pues este tema no es muy tratado que ha merecido ser estudiado debido a la transcendencia, magnitud y vulnerabilidad en la que se encuentra nuestro país, se ha avanzado a través de estudios de mayor significancia que ha demostrado el cumplimiento mediante la evaluación y aplicabilidad de normas vigentes, que han ayudado a través de esta investigación a soluciones posteriores para el bienestar de nuestro país.

1.5 Alcances y limitaciones

1.5.1. Alcances

- El presente trabajo de investigación se realizó en el personal de salud del Centro Clínico Zarate (IPRESS).
- El período de tiempo necesario para el desarrollo de la investigación fue del mes de junio a diciembre del año 2017.

1.5.2. Limitaciones

- Las limitaciones de la investigación estuvieron determinadas por:
- La poca disponibilidad del tiempo del investigador para llevar a cabo la investigación, lo cual se ha superado reajustando el cronograma de actividades.
- El trabajo ha sido autofinanciado, ajustándose al presupuesto del investigador.
- Las características profesionales del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS).
- La investigación se limitó principalmente a medir el nivel de conocimiento, según cuestionario sobre el plan de contingencia de desastre por sismo del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS).

1.6 Definición de variables

1.6.1. Nivel de conocimiento

Los componentes son objetivos, acciones y cuerpos: un agente está compuesto por un conjunto de objetivos, un conjunto de acciones, un cuerpo físico con el que interactúa con el entorno y un cuerpo de conocimientos que

Tesis publicada contiene todo lo que el agente conoce en un momento dado.
No olvide citar esta tesis

UNFV

1.6.2. Plan de contingencia y desastres

Los planes de contingencia son instrumentos de gestión que definen los objetivos, estrategias y programas que orientan las actividades institucionales para la prevención, la reducción de riesgos, la atención de emergencias y la rehabilitación en casos de desastres, permitiendo disminuir o minimizar los daños, víctimas y pérdidas que podrían ocurrir a consecuencia de fenómenos naturales, tecnológicos o de la producción industrial, potencialmente dañinos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Teorías generales relacionadas sobre el tema

2.1.1. Los sismos en la historia del Perú

En el Perú prácticamente no hay localidad en el país que no haya sufrido daño por efecto de los sismos. Los desastres naturales que más huellas dejaron en el país y en nuestra memoria son sin duda los terremotos. El terremoto de 1746 ha sido el fenómeno más destructor en la historia del país, arrasó la ciudad de Lima y otras ciudades. El maremoto que siguió al sismo destruyó el puerto del Callao, donde sobrevivieron solo 200 de sus 5000 habitantes. El terremoto del 31 de mayo de 1970 en la costa y sierra norte del Perú está considerado como uno de los más devastadores del siglo XX en el mundo, causó la muerte de unas 65 000 personas y dejó 160 000 heridos (1).

A continuación, se presenta una cronología de los sismos más destructivos a partir de la década de los 70 hasta la actualidad, los cuales por su magnitud merecen tomarse en cuenta como base para futuros estudios y como lecciones aprendidas en emergencias y desastres: (1).

- El 14 de Febrero de 1970, en el departamento de Huánuco, ocurrió un sismo de 7° en la Escala de Richter, el cual causó la muerte de 100 personas y numerosos heridos y destrucción total de las viviendas.

- El 31 de Mayo 1970, en el departamento de Ancash, ocurrió un sismo de 7.9° en la Escala de Richter, considerado el sismo más catastrófico ocurrido en el Perú, por la cantidad de víctimas. 100,000 muertos (25,000 desaparecidos); 358,000 heridos (157,245 hospitalizados); 3,000 000 damnificados. La ciudad de Yungay desaparece cubierta por un gigantesco aluvión. Destrucción de Huaraz y otras ciudades. Sentido desde Tumbes hasta Ica y desde la costa hasta Iquitos.
- El 09 de Diciembre de 1970, en el departamento de Piura, ocurrió un sismo de 7.1° en la Escala de Richter, cobró 1,167 muertos (48 desaparecidos); 2,500 heridos; Casi 300,000 damnificados.
- El 20 de Marzo de 1972, en el departamento de San Martín, ocurrió un sismo de 6.7° en la Escala de Richter, cobró 40 muertos, 500 viviendas derrumbadas o semidestruídas. Licuación de arenas en Juanjuí y asentamientos en la carretera marginal. Derrumbe de cerros en Saposoa. Sentido hasta Lambayeque y Huánuco.
- El 03 de Octubre de 1974, en el departamento de Lima, ocurrió un sismo de 7.2° en la Escala de Richter, cuya duración fue cerca de 2 minutos, cobró 252 muertos, 3600 heridos, 300 000 damnificados. Se afectaron Lima, Cañete, Chincha y Pisco. En Lima sufrieron daños considerables en edificios públicos, iglesias, monumentos históricos. El tsunami inundó varias fábricas en El Callao.
- El 29 de Mayo de 1990, en el departamento de San Martín, ocurrió un sismo de 7° en la Escala de Richter, cobró más de 400 muertos (135 desaparecidos); 2,800 heridos; 500,000 damnificados.
- El 26 de Febrero de 1996, en el departamento de La Libertad, ocurrió un sismo de 7.6° en la Escala de Richter, cobró más de 40 muertos (17 desaparecidos); 200 heridos y 22,000 damnificados por tsunami.
- El 03 de Abril de 1999, en el departamento de Arequipa, ocurrió un sismo de 6° en la Escala de Richter, cobró 10 muertos; 65 heridos; 200 familias damnificadas.
- El 23 de Junio de 2001, en el departamento de Arequipa,

ocurrió un sismo de 6° en la Escala de Richter, cobró más de 240 muertos (70 desaparecidos); 2,400 heridos; 460,000 damnificados. • El 25 de Setiembre de 2005, en el departamento de San Martín, ocurrió un sismo de 7.5° en la Escala de Richter, cobró más de 10 muertos; 164 heridos; 12,600 damnificados.

- El 15 de Agosto de 2007, en el departamento de Ica, ocurrió un sismo de 7.5° en la Escala de Richter, cobró más 519 fallecidos; 2,000 heridos; 340,000 damnificados.

- El 24 de Agosto de 2011, en el departamento de Ucayali, ocurrió un sismo de 7° en la Escala de Richter, cobró 50 muertos y 20 heridos leves, daños menores a estructuras, derrumbes y corte temporal de la electricidad y las comunicaciones.

- El 28 de Octubre de 2011, en el departamento de Ica, ocurrió un sismo de 7° en la Escala de Richter, cobró 10 muertos, 103 heridos, 134 casas destruidas, 600 inhabitables y casi 1000 damnificados. Corte temporal de las comunicaciones y fluido eléctrico. Asimismo, la catedral de Ica (patrimonio cultural) y 2 iglesias más colapsaron.

- El 30 de Enero de 2012, en el departamento de Ica, ocurrió un sismo de 6.5° en la Escala de Richter, cobró 150 heridos, 15 casas destruidas, 125 inhabitables y alrededor de 800 damnificados. Corte de fluido eléctrico y de las telecomunicaciones en la región Ica.

- El 14 de Mayo de 2012, en el departamento de Tacna, ocurrió un sismo de 6° en la Escala de Richter, produjo corte de fluido eléctrico por más de 24 horas.

- El 07 de Junio de 2012, en el departamento de Arequipa, ocurrió un sismo de 6.1° en la Escala de Richter, produjo daño en las líneas telefónicas corte de fluido eléctrico por más de 24 horas.

2.1.1.1. Últimos sismos en el 2017:(26)

04/08/2017	01:59:38	3.9 ML	II Lima
03/08/2017	18:17:17	4.8 ML	III Barranca, Puerto Supe, Huarney; II Lima, Callao, Huacho, Aija
25/07/2017	07:03:43	3.9 ML	II Lima
24/07/2017	16:47:59	3.9 ML	II Chilca, Lima y Callao

2

.1.1.2. Repercusiones y/o consecuencias de los sismos

Las emergencias y desastres incrementan el riesgo de aparición y propagación de enfermedades a través de los diferentes mecanismos de transmisión. Para el caso de los terremotos, se presenta una probabilidad media de aparición de las enfermedades transmitidas persona a persona (tuberculosis, infecciones respiratorias), de las transmitidas por el agua (cólera, shigellosis y paratifoidea), de las transmitidas por alimentos (fiebre tifoidea, cólera) y de las transmitidas por vectores (dengue, malaria, fiebre amarilla y peste). (1)

También con frecuencia se producen efectos sobre la infraestructura, el equipamiento y el personal de los servicios de salud. Los terremotos y las inundaciones, de alta presencia en el Perú, afectan directamente sobre la infraestructura y el equipamiento, cuya destrucción alcanza muchas veces al personal de salud (1).

De acuerdo con los antecedentes y al seguimiento de la actividad sísmica de los últimos años, el Instituto Nacional de Defensa Civil ha elaborado el Mapa de Epicentros Hipotéticos del país, el que ha sido utilizado para determinar las hipótesis de un simulacro de sismo. Puede apreciarse que en el litoral hay hasta cinco zonas de alta amenaza sísmica: frente a las costas de Tumbes, Lambayeque, Ancash, Lima y Arequipa; los que respondería a la actividad Tectónica de Placas. En el interior del país se aprecian posibles epicentros en

Tesis publicada con patrocinio de la UNFV
No olvide citar esta tesis

UNFV

debería a fallas locales de la corteza terrestre. Dentro de este universo del riesgo de desastre por la actividad sísmica que caracteriza al Perú, el caso específico de Lima y Callao constituye probablemente el más delicado. Ello, se evidencia en el énfasis que el Sistema Nacional de Defensa Civil pone en las actividades de prevención, mitigación y preparación frente a posibles daños de magnitud considerable. Los estudios realizados por el Instituto Nacional de Defensa Civil sobre el riesgo de desastre por terremoto en Lima y Callao muestran cifras de probables daños realmente severos.

2.1.2. Definiciones de desastre

Un desastre es una tragedia causada por una amenaza natural o amenaza antrópica. Consiste en una amenaza que ha llegado a tener efecto. Una amenaza es una situación cual puede poner en peligro la vida, salud, propiedad o medioambiente que afecta a la sociedad en un entorno. Para la ONU un desastre es todo “evento concentrado en tiempo y espacio en el cual una comunidad sufre daños severos cuyas pérdidas afectan a sus miembros y pertenencias físicas de forma tal que se resiente la estructura y las principales funciones de la sociedad”. O bien, “es la destrucción, parcial o total, transitoria o permanente, actual o futuro, de un ecosistema y, por tanto, de vidas humanas, del medio y de las condiciones de subsistencia (15).

Asimismo, indica que un desastre es resultado de la manifestación de un fenómeno de origen natural, socio natural o antrópico, que, al encontrarse con condiciones de vulnerabilidad, causa alteraciones temporales o permanentes, intensas, graves y extendidas en la estabilidad y condiciones de vida de la población afectada (15).

La administración de salud en América Latina se ha preocupado por promover y orientar un proceso de cambio institucional con el fin de mejorar la asignación y utilización de recursos, influyendo positivamente en el estado de salud de la población. Su papel en la gestión hospitalaria se ha encaminado a lograr un desarrollo armónico de la infraestructura en relación con las

necesidades de las comunidades, y algunos aspectos de dicha gestión han tenido relación con la reducción del riesgo por desastres naturales (16).

El tema de la reducción del riesgo en hospitales y en los establecimientos de la salud en general ha sido promovido de manera insistente en los últimos años en la región de América Latina y el Caribe, debido a la importancia de elevar el nivel de seguridad de la infraestructura de salud en los países. La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha realizado esfuerzos para lograr la voluntad política de las autoridades de salud y ha promovido la divulgación y capacitación técnica de los profesionales involucrados, impulsando el trabajo multidisciplinario (16).

2.1.2.1. Clasificación de los desastres

Por más de un siglo los investigadores han estudiado los desastres y por más de cuarenta años la “investigación en desastres” se ha institucionalizado a través del Centro de Investigación de Desastres. Los estudios hechos reflejan un consenso en la consideración de los desastres, en función a sus causas se dividen en dos categorías: los desastres naturales y los provocados por el hombre (1).

Los desastres naturales, incluyen los siguientes tipos:

- Desastres meteorológicos: ciclones, tifones, huracanes, tornados, granizadas, tormentas de nieve y sequías.
- Desastres topográficos: deslizamientos de tierra, avalanchas, deslizamientos de lodo e inundaciones.
- Desastres que se originan en planos subterráneos: sismos, erupciones volcánicas y tsunamis (olas nacidas de sismos oceánicos).
- Desastres biológicos: epidemias de enfermedades contagiosas y plagas de insectos (langostas).

Los desastres provocados por el hombre incluyen:

- Guerras: guerras convencionales (bombardeo, bloqueo y sitio) y guerras no convencionales (con armas nucleares químicas y biológicas)
- Desastres civiles: motines y manifestaciones públicas.
- Accidentes: en transportes (aviones, camiones, automóviles, trenes y barcos); colapso de estructuras (edificios, puentes, presas, minas y otras); explosiones; incendios; químicos (desechos tóxicos y contaminación) y biológicos (de salubridad).

2.1.2.2. Fases y etapas de los desastres

a. Primera fase (antes)

Involucra actividades que les corresponde a las etapas de prevención, mitigación, preparación y alerta; con ellos se busca prevenir para evitar que ocurran daños mayores, en el impacto del desastre; mitigar, para aminorar el impacto del desastre ya que algunas veces no es factible evitar su ocurrencia; preparar y organizar a la comunidad para acciones de respuesta; alertar, para notificar formalmente la presencia de un peligro (1).

b. Segunda fase (después)

Son las actividades que se realizan con posterioridad al desastre, en general se orientan a proceso de recuperación a mediano y largo plazo. Esta fase se divide en rehabilitación y reconstrucción, con ellos se busca restablecer los servicios básicos indispensables y forma de abastecimiento de la comunidad afectada. Reparar la infraestructura afectada y restaurar el sistema productivo con miras a revitalizar la economía (1).

Las actividades que se realizan en cada una de las etapas se caracterizan por mantener una interacción, de esta forma podríamos concluir que los resultados que se obtengan en una etapa, está determinado por el trabajo que se haga en las etapas anteriores.

2.1.2.3. Gestión del riesgo de desastres

Proceso social cuyo fin último es la prevención, la reducción y el control permanente de los factores de riesgo de desastre en la sociedad, así como la adecuada preparación y respuesta ante situaciones de desastre, teniendo en cuenta las políticas nacionales con especial énfasis en aquellas relativas a materia económica, ambiental, de seguridad, defensa nacional y territorial de manera sostenible (17).

Por otro lado, la Ley del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD) establece un enfoque integral y descentralizado que, incluye la gestión prospectiva y correctiva a través de los procesos de estimación, prevención y reducción del riesgo de desastres. Este enfoque plantea retos y desafíos importantes en el país en cuanto a las responsabilidades y en la adecuación de la normatividad para la implementación de la ley en los distintos niveles de gobierno (17).

Tipos de gestión para reducir el riesgo Pueden darse tres tipos de gestión para reducir el riesgo:

La gestión correctiva, se refiere a la adopción de medidas y acciones de manera anticipada para reducir las condiciones de riesgo ya existentes. Se aplica en base a los análisis de riesgos teniendo en cuenta la memoria histórica de los desastres, buscando fundamentalmente revertir o cambiar los procesos que construyen los riesgos (18).

La gestión prospectiva, implica adoptar medidas y acciones en la planificación del desarrollo para evitar que se generen nuevas condiciones de riesgo. Se desarrolla en función de riesgos “aún no existentes” y se concreta a través de regulaciones, inversiones públicas o privadas, planes de ordenamiento territorial, etc (18).

La gestión reactiva, implica la preparación y la respuesta a emergencias, de tal modo que los costos asociados a las emergencias sean menores, se presente un cuadro de daños reducido y la resiliencia sea alta (18).

2.1.2.4. Etapas de los desastres

Las etapas son las actividades específicas que se realizan en el antes, durante y después del desastre con el fin de facilitar una mejor definición y organización de las acciones que se deben realizar en todo el proceso.

a. Prevención

Es el conjunto de medidas que se pueden tomar para impedir o evitar que sucesos naturales o provocados por el hombre causen desastres. La efectividad de la prevención, responden al cumplimiento de una legislación enmarcada en la planificación. Es por esta razón que la gestión de riesgo deba estar inserta en planes de desarrollo, planes sectoriales y en los planes de ordenamiento y fundamentalmente en los planes de educación (1).

Actividades de prevención: Algunas de las actividades que comúnmente se realizan en esta etapa son las siguientes:

- Elaboración de mapas de amenazas.
- Programas de educación y capacitación en el tema de desastres dirigida a las organizaciones y población en general.

b. Mitigación

Es el resultado de la aplicación de un conjunto de medidas tendientes a reducir el riesgo y la vulnerabilidad física, social y económica. La Mitigación constituye una de las actividades más importantes ya que permite llevar a cabo las acciones anticipadas, con el propósito de reducir significativamente las consecuencias esperadas por un evento (1).

Las acciones de mitigación deben ser incorporadas en los programas de planificación y desarrollo del área afectada, por lo que es necesario llevar a cabo estudios de amenazas y de vulnerabilidad, los que permiten definir las zonas más adecuadas para la ubicación de asentamientos humanos.

actividades productivas, reforzamiento de edificaciones y desarrollo de obras de ingeniería (1).

c. Preparación:

Es el conjunto de medidas de acciones que se toman para reducir al mínimo la pérdida de vidas humanas y otros daños, organizando oportuna y eficazmente las acciones de respuesta y rehabilitación.

Esta etapa se concreta con la elaboración de los planes de emergencia, donde se incorporan los planes de respuesta operativa. Los planes de emergencia constituyen el mecanismo a través del cual se determina la estructura organizativa, y funcional de las autoridades y organismos llamados a intervenir en casos de desastres, en los niveles local, distrital, provincial, nacional, provincial. De igual manera permite establecer los componentes de coordinación y manejo de recursos, que sería de mucha utilidad para generar una cultura de prevención (1).

2.1.2.5. Niveles de alerta.

Alerta Verde: Situación de anormalidad que no requiere la aplicación del Plan de Emergencia pero que es previsible su aplicación. (19).

Alerta Amarilla: Es el riesgo inminente de afectación que el fenómeno puede causar en el país o sobre una Región; mediante su declaratoria se convoca y se activan Centros Operativos de Emergencia (COE) (19).

Alerta Roja: Es la presencia declarada de un fenómeno adverso en el territorio, que demanda la movilización de los recursos sanitarios de emergencia (19).

a. Actividades de alerta:

Establecer sistemas de alarma, como señales sonoras o de luz que se emitan para que se adopten instrucciones preestablecidas de emergencia o para que indiquen el desalojo o evacuación inmediata de una zona de peligro.

Establecer sistemas de comunicación como fax, teléfono, radio, TV y otros.

Respuesta

Son las acciones que se llevan a cabo durante un desastre, y que tienen por objeto salvar vidas y reducir el sufrimiento y disminuir pérdidas en la propiedad. En esta etapa es fundamental la coordinación de acciones interinstitucionales previstas en los planes de emergencia y de contingencia. De esta manera se busca un mayor grado de integración entre los organismos responsables de la atención de desastres (1).

Actividad de respuesta:

- Búsqueda y rescate de personas afectadas.
- Asistencia médica para la población afectada.
- Evacuación de la población afectada en zonas de peligro.
- Alojamiento temporal, suministro de alimentos y abrigo a la población afectada.
- Seguridad y protección de bienes y personas.
- Evaluación preliminar de daños.
- Apoyo logístico.
- Sistemas de comunicación.
- Disposición de agua segura; reserva de alimentos disponibles en sitios y emplazamientos convenientes; recursos financieros rápidamente disponibles.

Plan de respuesta frente a un desastre Cadena de Socorro. -Esta cadena ha sido aprobada por los comités e instituciones de emergencia para de esta forma llegar a los afectados y darles la ayuda necesaria. De acuerdo con el

flujo de lesionados que son transportados a los hospitales. La zona de seguridad es el área donde no hay riesgos, pero la circulación de personas es restringida. Los puestos de avance. - Deben instalarse entre la zona del impacto y la zona de seguridad, los centros de atención y de clasificación de heridos deben estar en la zona de seguridad con vías de acceso de las ambulancias, el traslado de heridos es a pie por lo que se debe instalar puestos de relevo para evitar la fatiga de los camilleros. Centro de atención y clasificación de heridos (CACH). Es segundo eslabón de la cadena de socorro donde se inicia la asistencia médica y existe mayor número de recursos se ubica en una zona de seguridad vía terrestre y aéreas de comunicación y éstas varían según la magnitud del desastre y los recursos. Distribución locativa y organizativa del centro de atención y clasificación de heridos. Esto se divide por áreas: Áreas de recepción de heridos. - Es el lugar donde ingresan los heridos en diferentes medios como ambulancias, vehículos, camillas, helicópteros, etc. (1).

Por lo tanto, deben tener un espacio suficiente de acuerdo con el número de lesionados. Área de atención médica. - Es donde se realiza los procesos necesarios para mantener o mejorar las condiciones de salud de los lesionados, se subdivide en:

- Unidad roja: se atiende a los pacientes en nivel crítico recuperable.
- Unidad amarilla: se atiende a los lesionados que no son de mucha gravedad.
- Unidad negra: se atiende a los pacientes moribundos.
- Unidad verde: se atiende a las personas con heridas menores.
- Unidad de cadáveres: es donde se depositan los cadáveres.

Área de radio y telecomunicaciones. - Es donde se coordina la comunicación entre los diferentes eslabones y con el puesto de mando unificado se subdividen en dos unidades:

- Unidad de central de comunicaciones.

- Unidad de coordinadora del centro de atención y clasificación de heridos. Recursos humanos del Centro de Atención y Clasificación de Heridos Para la atención de las distintas áreas se debe disponer de: Personal de salud, médicos, enfermeras auxiliares de enfermería para que asuman la función de los heridos.

Triaje: Es el proceso de selección y priorización del tratamiento y transporte cuando existen varias víctimas en peligro y exceden en número más que los rescatadores (1).

El sistema más frecuente es el de 4 categorías:

- Prioridad uno o roja de cuidados inmediatos: Problemas respiratorios, shock o amenaza de shock, parto en periodo expulsivo.
- Prioridad dos o amarilla de cuidados intermedios: La víctima tiene lesiones serias, pero puede ser curada sin gran amenaza de su vida, o uno de sus miembros.
- Prioridad tres o negra de cuidados mínimos: Son las que ya no se salvaran con una atención inmediata, son pacientes en estado crítico.
- Prioridad verde o de cuidados leves: Son víctimas con lesiones leves que requieren cuidados y atención.

b. Rehabilitación

En esta etapa se continúa con la atención de la población, pero se inicia el proceso de recuperación a corto plazo de los servicios básicos, como la energía, el agua, las vías de acceso, comunicaciones, salud y alimentación. Además, se da inicio a la recuperación de daño físico, social y económico (1).

Actividades de rehabilitación.

- Restablecimiento de los servicios básicos: salud energía, educación, transporte, comunicación, agua y suministros.
- Restablecimiento de sistemas de comunicación.

- Cuantificación de daños para la solicitud de cooperación externa, para la etapa de reconstrucción.

c. Reconstrucción

Es el proceso de recuperación a mediano y largo plazo, del daño físico, social y económico a un nivel de desarrollo igual o superior al existente antes del desastre. Los efectos de un desastre repercuten tanto social, económica y ambientalmente, por ello las acciones de reconstrucción buscan activar las fuentes de trabajo, reactivar la actividad económica de la zona o región afectada, reparar los daños materiales en especial en materia de vivienda e infraestructura, incorporando las medidas de prevención y mitigación del riesgo en el proceso de Desarrollo (1).

Actividades de reconstrucción.

Las actividades más importantes de esta actividad son:

- Coordinación interinstitucional y multisectorial.
- Canalización y orientación de los recursos y donaciones
- Establecimiento de sistemas de crédito para la reconstrucción de vivienda, infraestructura y la actividad productiva.
- Reubicación y ubicación de asentamientos humanos e infraestructura de los servicios básicos en zonas aptas.

2.2 Bases teóricas especializadas

2.2.1. Plan de contingencia en el sector salud

El Plan de Contingencia del Sector Salud ante un Sismo de Gran Magnitud en Lima y Callao permitirá brindar atención oportuna a las víctimas durante los primeros siete días, con énfasis en las 72 horas posteriores al sismo, en los establecimientos de salud (20).

Para tal efecto, se tiene identificado los escenarios de riesgo para el sector Salud y se ha establecido la organización para la respuesta con participación de los establecimientos de salud, redes de salud, direcciones de Salud, Centros de Operaciones de Emergencias (COE), brigadistas de intervención inicial, ambulancias del Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU), entre otros. (20).

2.2.1.1. Plan de contingencia ante un desastre:

El Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) cuya finalidad es de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural. Frente al escenario de desastres, el Sector Salud debe garantizar: (1).

- Evitar o minimizar daños sobre las personas, la infraestructura, las instalaciones y el equipamiento de los establecimientos de salud (Prevención / Mitigación).
- Asegurar la atención de salud de la población afectada (Respuesta).
- Recuperar y mejorar en el menor plazo la plena capacidad operativa de los servicios (Rehabilitación / Reconstrucción).

El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) está conformado por el Ministerio de Salud como órgano rector del sector salud, el Seguro Social de Salud, los servicios de salud de las municipalidades, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada. El SNDS en el sector salud, tiene la finalidad de proponer la construcción concertada de la política nacional de salud, coordinar los planes y programas de las instituciones del sector, descentralizar el cuidado integral de la salud y

Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (27).

2.2.1.2. Ministerio de Salud ante desastre por sismo en el Perú:

El programa de desastres ha sido, durante los últimos 40 años, el equipo técnico de los Ministerios de Salud que ha facilitado la respuesta en situaciones de desastre; los ámbitos y competencias están cambiando y la visión de preparación y respuesta se amplía a un proceso integral de gestión del riesgo direccionado bajo el Marco de Acción de Sendai 2015 – 2030, promoviendo a la reducción del riesgo de desastres a fin de evitar muertes, reducir enfermedades, discapacidades y el impacto psico-social resultantes del impacto de las emergencias y desastres (21).

Este espacio facilitará el intercambio de experiencias, avances, desafíos que enmarca la reducción del riesgo de desastres, la preparación, respuesta y recuperación, para los estados y la cooperación en materia de salud, guiados por marcos de trabajo como el Plan de Reducción de Riesgo de Desastres de Salud 2016 – 2021, aprobado según resolución 17 del 55 Consejo Directivo de la OPS que establece cuatro ejes estratégicos (21):

- a) Conocimiento del riesgo de desastres en el sector de la salud
- b) Gobernanza de la gestión del riesgo de desastres en el sector de la salud
- c) Hospitales seguros e inteligentes.
- d) Capacidad del sector de la salud para la preparación, la respuesta y la recuperación frente a las emergencias y los desastres.

En los últimos años, el incremento en la recurrencia y severidad de los desastres asociados a fenómenos de origen natural o inducidos por la acción humana es uno de los aspectos de mayor preocupación a nivel internacional y nacional, convirtiendo esta situación en un reto a la capacidad del hombre para adelantarse a los acontecimientos a través de una eficaz Gestión del Riesgo de Desastres (22).

2.3 Marco conceptual

Conocimiento

Son las nociones, ideas que se tienen de una determinada ciencia o materia. Capacidad para actuar, procesar e interpretar información, conceptos ideas, enunciados claros, precisos y ordenados para dar solución a un determinado problema (23).

Nivel de conocimiento sobre sismo

Relación cognitiva entre el hombre y las cosas que le rodean, consiste en obtener información acerca del fenómeno denominado sismo a fin que dicha información nos sirva para futuras tomas de decisiones (8).

Sismo

Se define al proceso de generación y liberación de energía para posteriormente propagarse en forma de ondas por el interior de la tierra. Al llegar a la superficie, estas ondas son registradas por las estaciones sísmicas y percibidas por la población y por las estructuras (24).

Desastre

El término desastre natural hace referencia a las enormes pérdidas materiales y vidas humanas ocasionadas por eventos o fenómenos naturales como los terremotos, inundaciones, tsunamis, deslizamientos de tierra y otros (25).

Personal de Salud

El personal sanitario son «todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud, Los cuales tienen que estar preparados para hacer frente a retos (28).

2.4 Hipótesis

2.4.1. Hipótesis General:

El nivel de Conocimiento sobre el plan de contingencia de desastre por sismo del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es bajo.

2.4.2. Hipótesis Específicos:

- El Nivel conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es bajo
- El Nivel conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es bajo.

Subhipótesis específica 1:

H1: El Nivel conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal médico que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es bajo.

Ho: El Nivel conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal médico que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es alto a medio.

Subhipótesis específica 2:

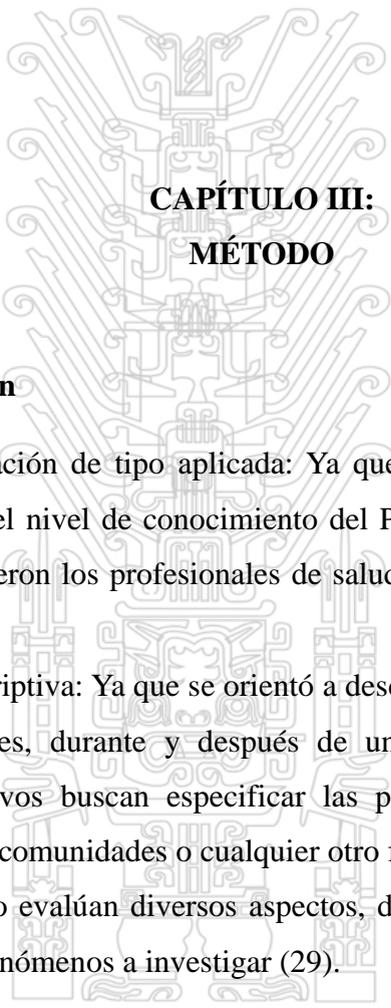
H2: El Nivel conocimiento antes un desastre por sismo que tiene el personal no médico (enfermeras y obstetras) que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es bajo.

Ho: El Nivel conocimiento después un desastre por sismo que tiene el personal no médico (enfermeras y obstetras) que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es medio.

Subhipótesis específica 3:

H3: El Nivel conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal de odontología y nutrición que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es bajo.

H3: El Nivel conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal de odontología y nutrición que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es medio.



CAPÍTULO III: MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

- Fue una investigación de tipo aplicada: Ya que su propósito fue resolver problemas sobre el nivel de conocimiento del Plan de Contingencia de un Desastre que tuvieron los profesionales de salud del Centro Clínico Zarate (IPRESS).
- Fue de nivel descriptiva: Ya que se orientó a describir las variables: nivel de conocimiento antes, durante y después de un desastre por sismo. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar (29).

3.2 Diseño de la investigación

- No experimental: Es aquel que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos (31).

- **Prospectivo:** Es decir la investigación servirá para el futuro; es decir que se podrá proponer un Plan de Contingencia de un Desastre para prevención de sismos.
- **Longitudinal:** Ya que el nivel de conocimientos de los profesionales de la salud se midió más de dos veces antes, durante y después de un desastre por sismo.

3.3 Estrategias de pruebas de hipótesis

- Para la contratación de las hipótesis se realizó un análisis exploratorio y descriptivo de las variables analizadas, comprobándose a través de los resultados de la investigación expresados en tablas y gráficas.

3.4 Variables

- Es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse, de manera que entendemos como cualquier característica, propiedad o cualidad que presenta un fenómeno que varía, en efecto puede ser medido o evaluado (32).

Para tal caso el estudio tuvo como variable al nivel de conocimiento que tuvieron el personal de Salud del Centro Clínico Zarate (IPRESS) y el Plan de Contingencia de un desastre.

3.5 Población

- La población o universo se refiere al conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”, es la totalidad del fenómeno a estudiar (33).

La población total fue de 98 profesionales de la salud que laboraron en el Centro Clínico Zarate (IPRESS) durante el periodo de estudio, constituidos por: médicos, enfermeras, obstetras, nutricionista, Odontólogos.

3.6 Muestra:

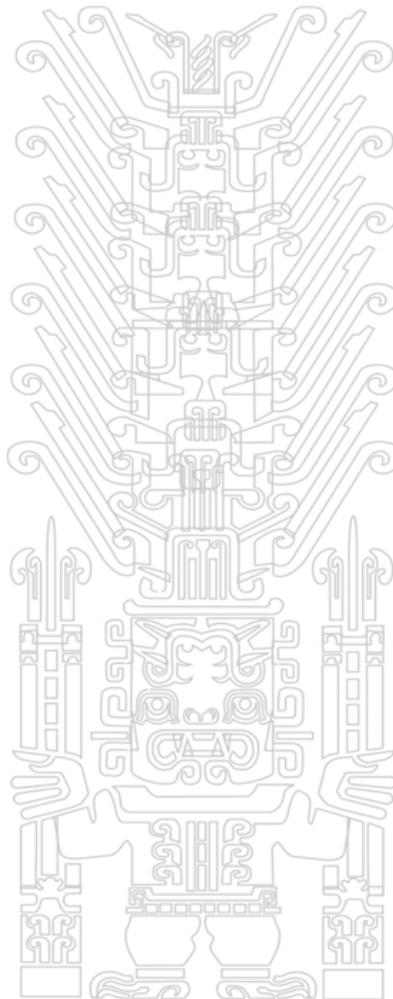
- Es un subconjunto de la población, que se obtiene para averiguar las propiedades o características de esta última, por lo que interesa que sea un reflejo de la población (34).
- Se utilizó el tipo de muestreo censal pues se trabajó con todos los trabajadores disponibles de la Red de salud para la obtención de resultados y porque la cantidad es pequeña, así podrá ser representativa para la institución, entonces la muestra fue el 100% de la población; es decir 98 profesionales.

3.7 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

- Las técnicas de recolección de datos son las distintas formas o maneras de obtener la información: En este trabajo de investigación se utilizó como método un cuestionario de preguntas aplicadas a través de la técnica de encuesta, ampliamente utilizada como procedimiento de investigación, ya que ha permitido obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz. (35).
- En el presente trabajo de investigación, se utilizó un instrumento de investigación que consistió en un cuestionario de preguntas elaborado por la autora de la investigación que fue validado por juicio de expertos y sometida a confiabilidad estadística (ver anexos) con la finalidad de evaluar el nivel conocimientos acerca del Plan de Contingencia de desastre por sismo, así como las actividades que tuvieron los profesionales de salud del Centro Clínico Zarate (IPRESS) antes, durante y después del sismo: Este instrumento consistió en un cuestionario de 26 preguntas aplicadas a manera de encuesta: 11 preguntas referidas al conocimiento acerca de actividades antes del sismo y 15 preguntas de conocimientos de actividades después del sismo.

3.8 Procesamiento y análisis de datos

- Los datos recolectados fueron a través de los instrumentos: Cuestionario; el cual será procesado de manera automatizada utilizando el programa Microsoft Excel 2016 ultima versión. Los resultados se ilustran mediante tabulación simple cruzada y gráficos respectivos de acuerdo con los objetivos propuestos en el trabajo. La variable se logró medir aplicando la prueba estadística descriptiva porcentual.





CAPITULO IV:
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

“CONOCIMIENTO SOBRE EL PLAN DE CONTINGENCIA DE DESASTRE POR SISMO DEL
PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL CENTRO CLÍNICO ZARATE, 2017”

4.1. Presentación y análisis de resultados

Tabla N° 01:

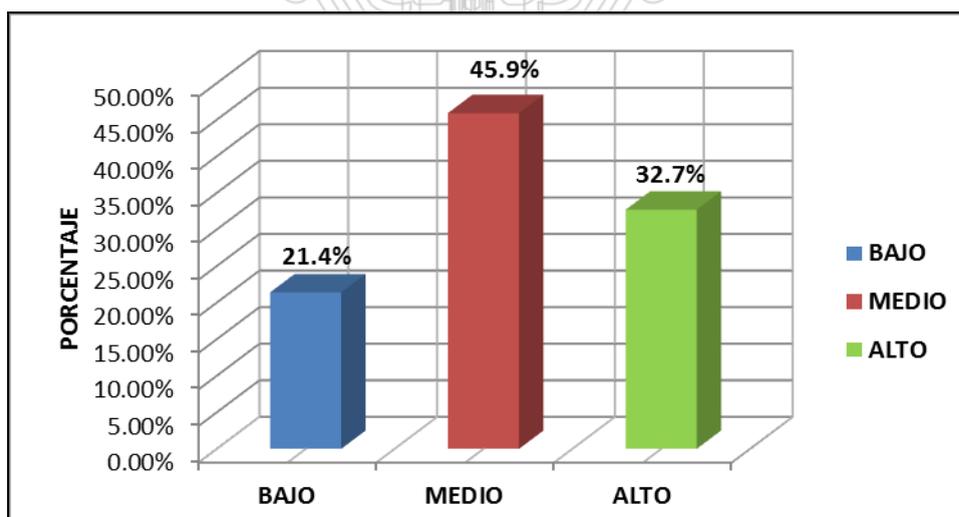
El Nivel de conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal médico que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	21	21,4
MEDIO	45	45,9
ALTO	32	32,7
Total	98	100,0

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud, 2017.

Gráfico N° 01:

El Nivel de conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal médico que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.



Interpretación: Los profesionales médicos tuvieron un nivel de conocimiento acerca de las actividades después de un evento sísmico en nivel medio 45.92% (45), con tendencia a alto en un 32,7% (32) y tan solo un 21,4% (21) de nivel bajo.

Tabla N° 02:

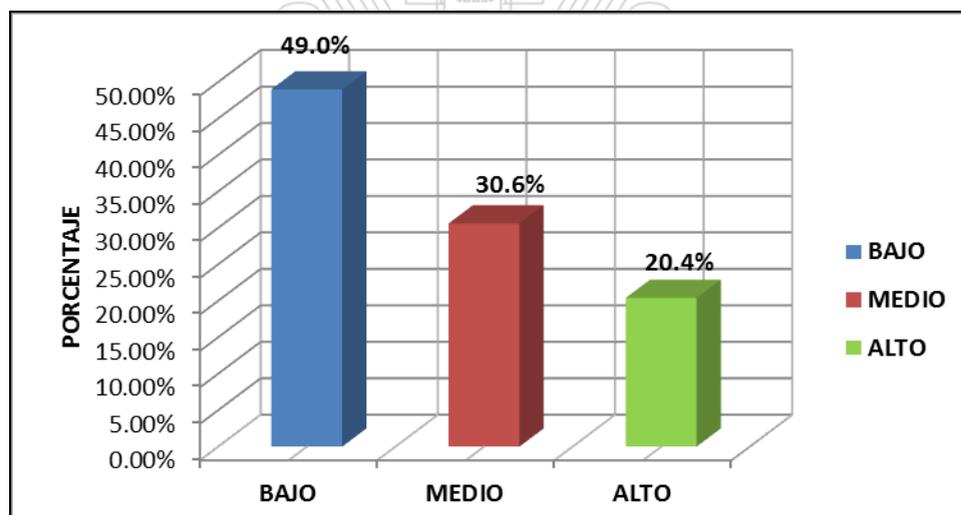
El Nivel de conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal salud de no médico (enfermera y obstetras) que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	48	49,0
MEDIO	30	30,6
ALTO	20	20,4
Total	98	100,0

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud, 2017.

Gráfico N° 02:

El Nivel de conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal de salud de no médico (enfermera y obstetras) que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.



Interpretación: El personal de salud de no médico (enfermera y obstetras) tuvo un nivel de conocimiento acerca de las actividades antes de un evento sísmico en nivel bajo 49% (48), con tendencia a medio en un 30% (30,6) y tan solo un 20,4% (20) de nivel alto.

Tabla N° 03:

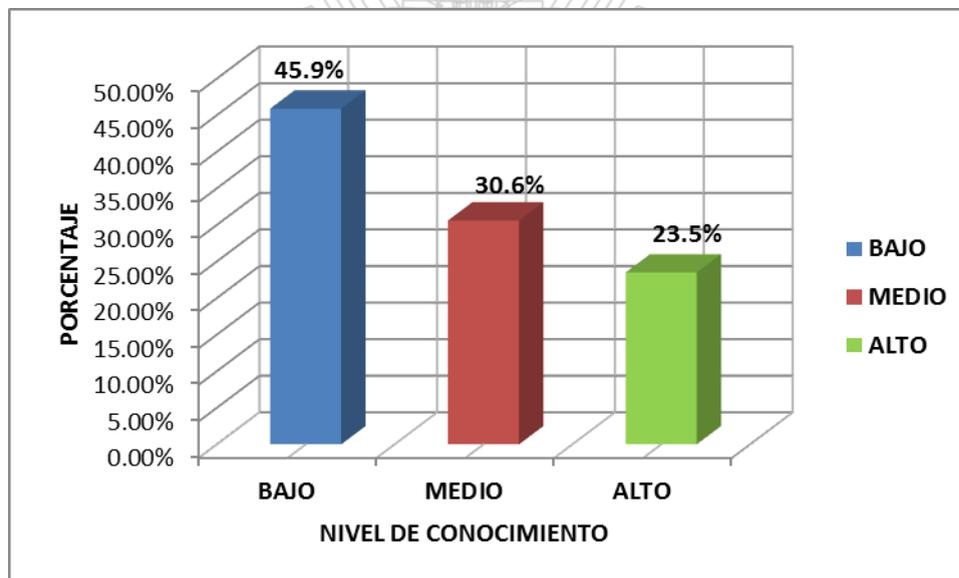
El Nivel de conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal de odontología que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	45	45,9
MEDIO	30	30,6
ALTO	23	23,5
Total	98	100,0

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud, 2017.

Grafico N° 03:

El Nivel de conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal de odontología que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.



Interpretación: Los profesionales odontólogos de la salud tuvieron un nivel de conocimiento acerca del plan de contingencia evento sísmico en nivel bajo 45,9% (45), con tendencia a medio en un 30,6% (30) y tan solo un 23,5% (23) de nivel alto.

Tabla N° 04:

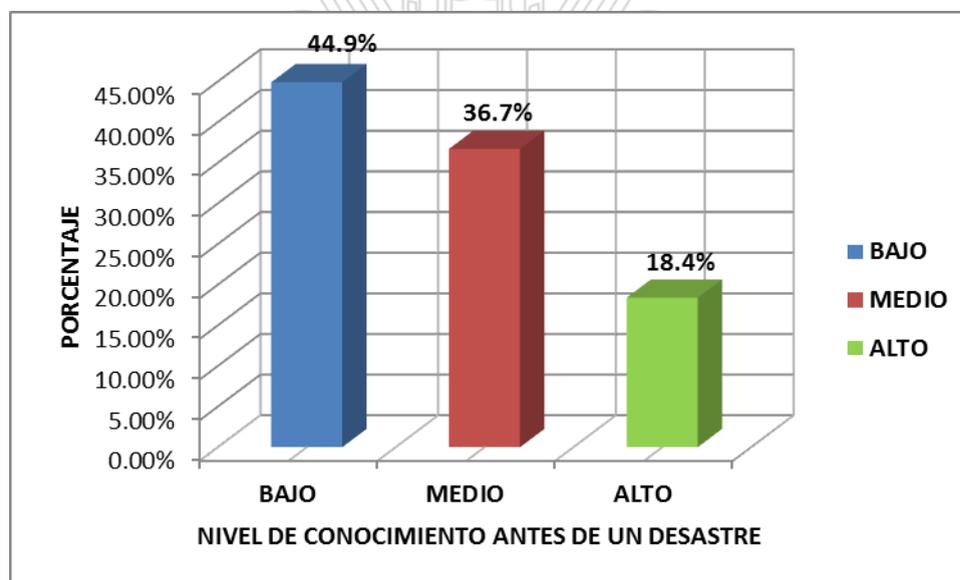
El Nivel de conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el nutricionista que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	44	44,9
MEDIO	36	36,7
ALTO	18	18,4
Total	98	100,0

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud, 2017.

Gráfico N° 04:

El Nivel de conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el nutricionista que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017



Interpretación: Los profesionales nutricionistas, tuvieron un nivel de conocimiento acerca de las actividades antes de un evento sísmico en nivel bajo 44,9% (44), con tendencia a medio en un 36,7% (36) y tan solo un 18,4% (18) de nivel alto.

Tabla N° 05:

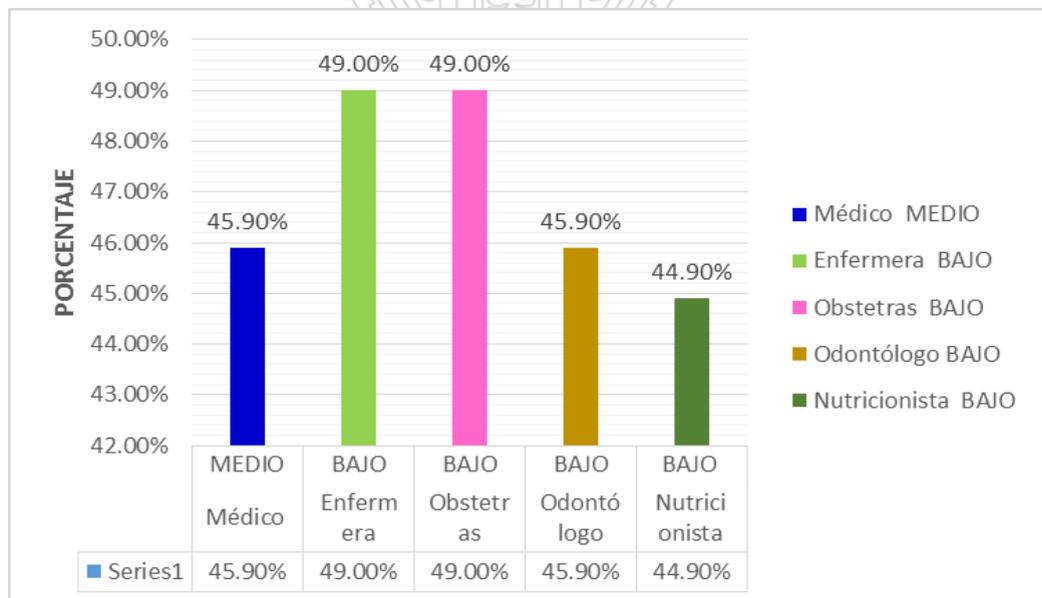
El Nivel conocimiento antes un desastre por sismo que tiene el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.

Personal de Salud	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Médico	MEDIO	45	45,9
Enfermera	BAJO	48	49,0
Obstetras	BAJO	48	49,0
Odontólogo	BAJO	45	45,9
Nutricionista	BAJO	44	44,9
Total		98	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud, 2017.

Gráfico N° 05:

El Nivel conocimiento antes un desastre por sismo que tiene el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.



Interpretación: Los profesionales médicos, tuvieron un nivel de conocimiento acerca de las actividades antes de un evento sísmico en nivel medio 45,9% (45), lo cual significa que están con un nivel de conocimiento mejor que el resto de los profesionales, el 49,9% (45) corresponde a un nivel bajo entre enfermeras y obstetras, seguido de un 45, 9% (45) de nivel bajo de los odontólogos y en menor porcentaje de 44,5% (44) de nivel bajo corresponde a las nutricionistas.

Tabla N° 06:

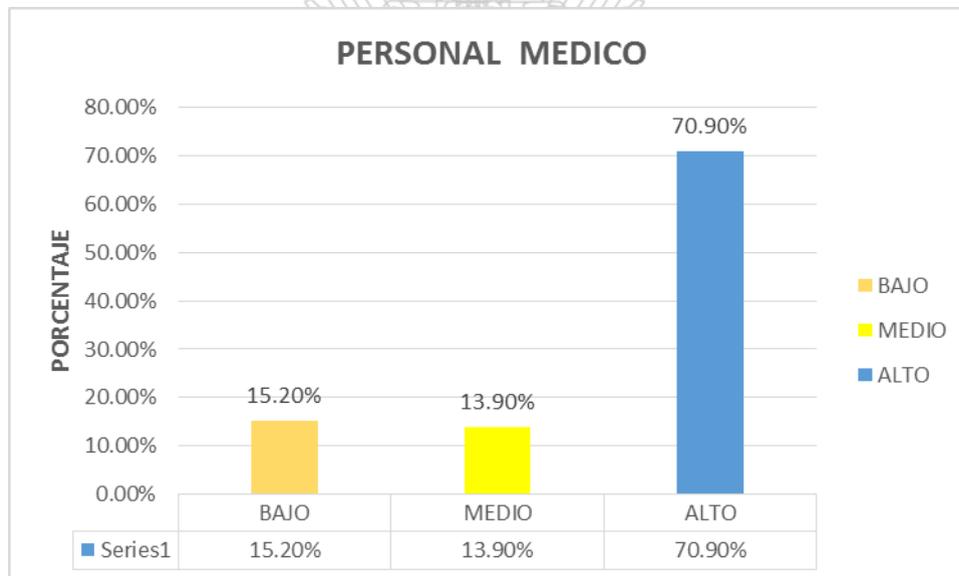
El Nivel de conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal médico que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	15	15,2
MEDIO	13	13,9
ALTO	70	70,9
Total	98	100,0

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud, 2017.

Gráfico N° 06:

El Nivel de conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal médico que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.



Interpretación: Los profesionales médicos tuvieron un nivel de conocimiento acerca de las actividades después de un evento sísmico en nivel medio 70.9% (70), con tendencia a alto, un 13.9% (13) y tan solo un 15.2% (15) de nivel bajo.

Tabla N° 07:

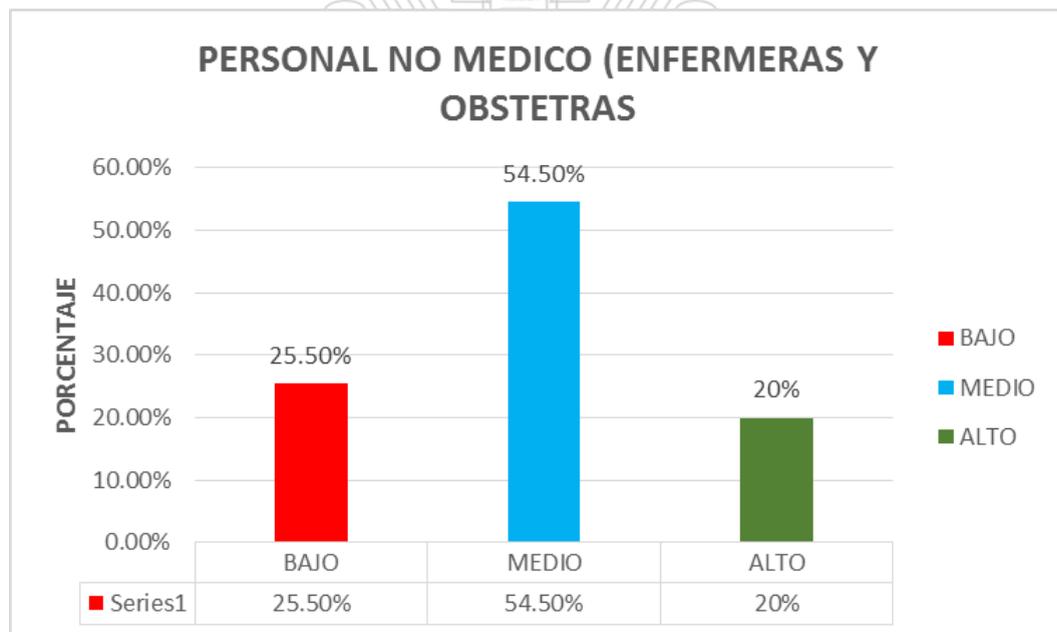
El Nivel de conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal salud de no médico (enfermera y obstetras) que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	25	25,5
MEDIO	55	54,5
ALTO	20	20,0
Total	98	100,0

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud, 2017.

Gráfico N° 07:

El Nivel de conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal de salud de no médico (enfermera y obstetras) que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.



Interpretación: El personal de salud de no médico (enfermera y obstetras) tuvo un nivel de conocimiento acerca de las actividades después de un evento sísmico en nivel medio en un 54.5% (55) bajo 25.5% (25), con tendencia a y tan solo un 20.0% (20) de nivel alto.

Tabla N° 08:

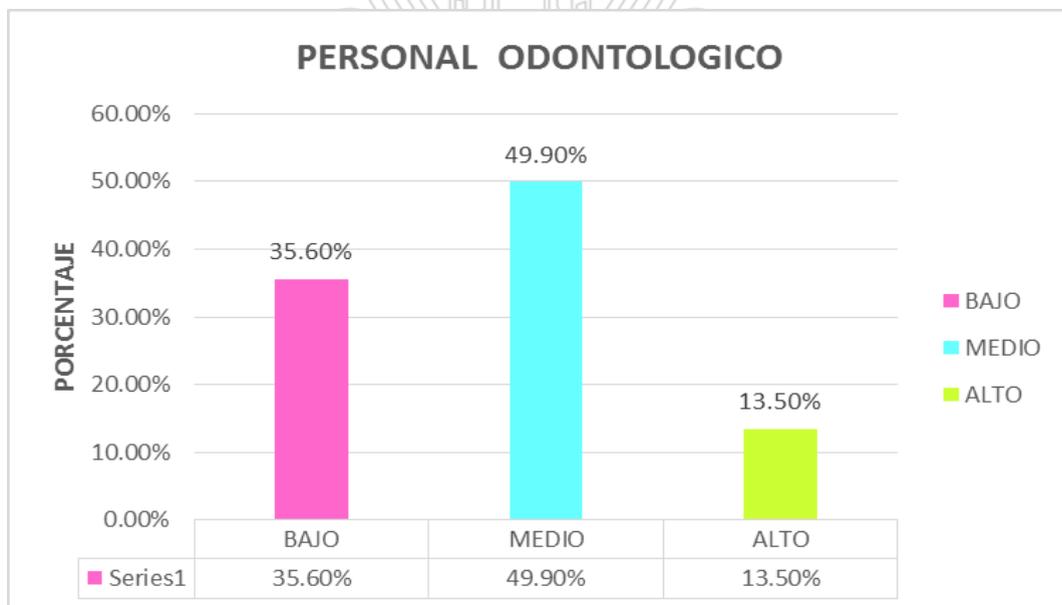
El Nivel de conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal de odontología que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	35	35,6
MEDIO	50	49,9
ALTO	13	13,5
Total	98	100,0

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud, 2017.

Grafico N° 08:

El Nivel de conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal de odontología que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.



Interpretación: El personal odontológico tuvo un nivel de conocimiento acerca de las actividades después de un evento sísmico en nivel medio en un 49.9% (50), con tendencia a nivel bajo 35.6% (35) y tan solo un 13,5% (13) de nivel alto.

Tabla N° 09

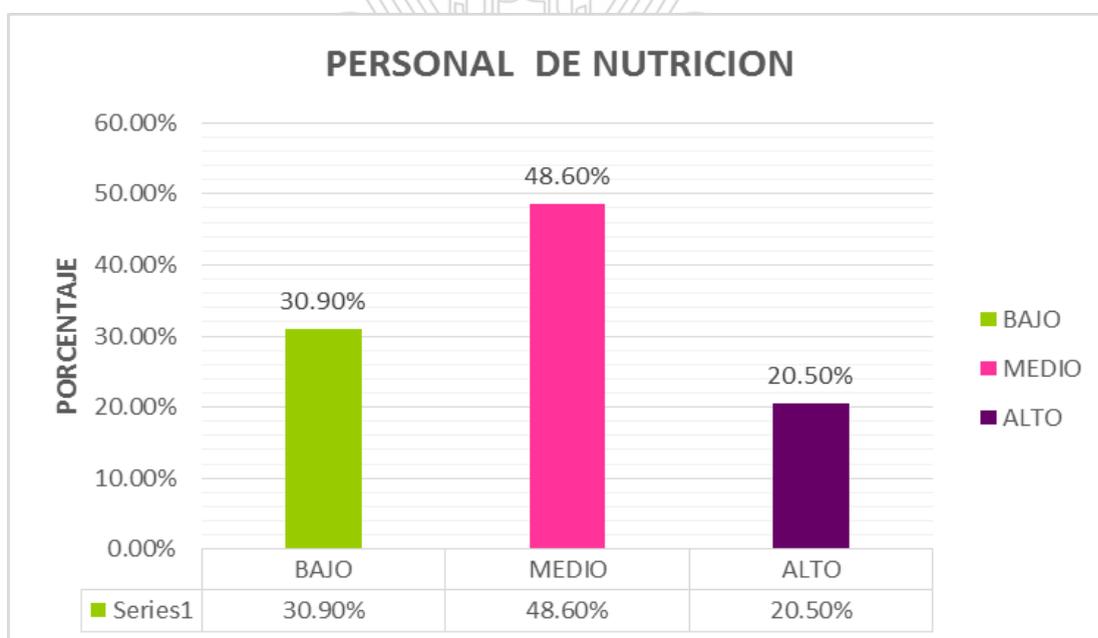
El Nivel de conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el nutricionista que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	30	30,9
MEDIO	48	48,6
ALTO	20	20,5
Total	98	100,0

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud, 2017.

Gráfico N° 09:

El Nivel de conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el nutricionista que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017



Interpretación: Los profesionales nutricionistas, tuvieron un nivel de conocimiento acerca de las actividades después de un evento sísmico en nivel medio en un 48,6% (48), con tendencia a un nivel bajo 30,9% (30) y tan solo un 20,5% (20) de nivel alto.

Tabla N° 10:

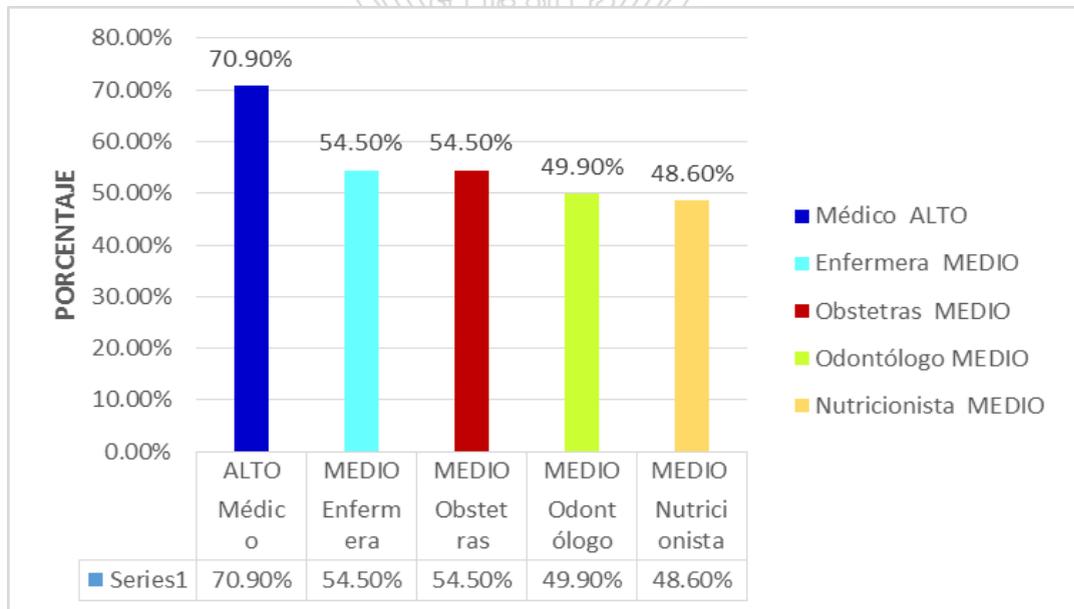
El Nivel conocimiento después un desastre por sismo que tiene el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.

Personal de Salud	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Médico	ALTO	70	70,9
Enfermera	MEDIO	54	54,5
Obstetras	MEDIO	54	54,5
Odontólogo	MEDIO	49	49,9
Nutricionista	MEDIO	48	48,6
Total		98	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud, 2017.

Gráfica N° 10:

El Nivel conocimiento después un desastre por sismo que tiene el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.



Interpretación: Los profesionales médicos, tuvieron un nivel de conocimiento acerca de las actividades después de un evento sísmico en nivel alto 70,9% (70), lo cual significa que están con un nivel de conocimiento mejor que el resto de los profesionales, el 54,5% (54) corresponde a un nivel bajo entre enfermeras y obstetras, seguido de un 49, 9% (49) de nivel bajo de los odontólogos y en menor porcentaje de 48,6% (48) de nivel bajo corresponde a las nutricionistas.

4.2. Valores estadísticos y significancia de la Prueba Chi-cuadrado

Tabla N° 11

Pruebas de asociación de variables. El nivel de Conocimiento sobre el plan de contingencia de desastre por sismo del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)-2017.

Nivel de conocimiento del personal de salud	Plan de Contingencia de Desastre por Sismo Centro Clínico Zarate (IPRESS)-2017	
	Chi cuadrado	Sig.
Alto	10.982	0,022
Medio	12.297	0,034
Bajo	11.834	0,011

Fuente: Trabajo realizado por el estadista.

La prueba Chi-cuadrado es significativa para valores menores a *0,05*.

En cuanto a las variables nivel de conocimiento del personal de salud sobre el Plan de Contingencia de Desastre por Sismo en el Centro Clínico Zarate (IPRESS), según la prueba chi cuadrado de Pearson, se encontró relación significativa entre las variables con un nivel de significancia menos de 0,05.

Tabla N° 12

Pruebas de asociación de variables. El nivel de Conocimiento antes y después sobre el plan de contingencia de desastre por sismo del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)-2017.

Nivel de conocimiento del personal de salud	Plan de Contingencia de Desastre por Sismo Centro Clínico Zarate (IPRESS)-2017	
	Chi cuadrado	Sig.
Antes	10.246	0,021
Después	12.456	0,035

Fuente: Trabajo realizado por el estadista.

La prueba Chi-cuadrado es significativa para valores menores a **0,05**.

En cuanto a las variables nivel de conocimiento del personal de salud antes y después sobre el Plan de Contingencia de Desastre por Sismo en el Centro Clínico Zarate (IPRESS), según la prueba chi cuadrado de Pearson, se encontró relación significativa entre las variables con un nivel de significancia menos de 0,05.

4.3. Contrastación de la hipótesis

4.2.1. Planteamiento de la hipótesis

Hipótesis general

Hg: El nivel de Conocimiento sobre el plan de contingencia de desastre por sismo del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)-2017, es bajo

Ho: El nivel de Conocimiento sobre el plan de contingencia de desastre por sismo del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)-2017, es alto

4.2.2. Comprobación de la hipótesis general

Para la contrastación de las hipótesis se realizó un análisis exploratorio y descriptivo de las variables analizadas. Asimismo, se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson para determinar la relación entre el nivel de Conocimiento sobre el plan de contingencia de desastre por sismo del personal de salud.

A través de las pruebas estadísticas se determinó estadísticamente que existe relación entre el nivel de Conocimiento sobre el plan de contingencia de desastre por sismo del personal de salud. Siendo el nivel de conocimiento bajo como se aprecia en los resultados. Por lo que se rechaza la hipótesis nula (*Tabla 1 y 11*).

4.2.3. Hipótesis específicas y comprobación

Subhipótesis específica 1:

H1: El Nivel conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal médico que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es bajo.

Ho: El Nivel conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal médico que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es de alto a medio

Para la contrastación de las hipótesis se realizó un análisis exploratorio y descriptivo de las variables analizadas. Asimismo, se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson para determinar la relación entre el Nivel conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal de salud.

A través de las pruebas estadísticas se determinó estadísticamente que existe relación entre el Nivel conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal de salud. Siendo el nivel de conocimiento bajo como se aprecia en los resultados. Por lo que se rechaza la hipótesis nula (*Tabla 2,11 y 12*).

Subhipótesis específica 2:

H2: El Nivel conocimiento antes un desastre por sismo que tiene el personal no médico (enfermeras y obstetras) que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es bajo.

Ho: El Nivel conocimiento después un desastre por sismo que tiene el personal no médico (enfermeras y obstetras) que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es medio.

Para la contrastación de las hipótesis se realizó un análisis exploratorio y descriptivo de las variables analizadas. Asimismo, se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson para determinar la relación entre el Nivel conocimiento antes y después de un desastre por sismo que tiene el personal de salud.

A través de las pruebas estadísticas se determinó estadísticamente que existe relación entre el Nivel conocimiento en un desastre por sismo que tiene el personal de salud. Siendo el nivel de conocimiento antes y después de un desastre por sismo fue de bajo a mediano, como se aprecia en los resultados. Por lo que se rechaza la hipótesis nula (*Tabla 3,11 y 12*).

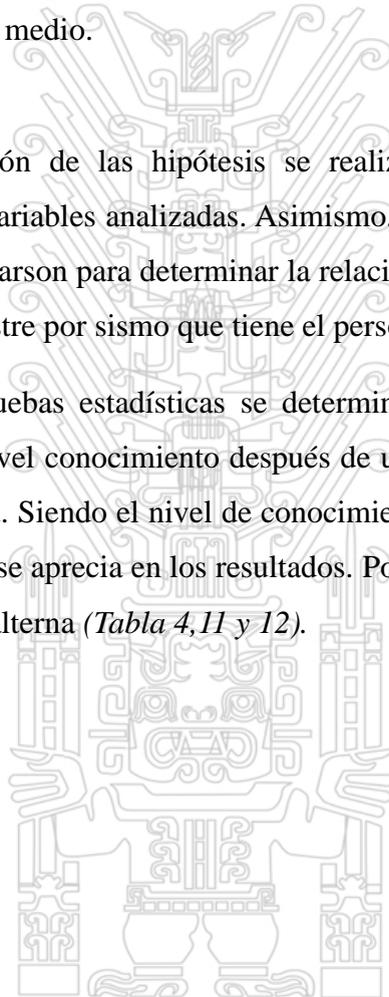
Hipótesis específica 3:

H3: El Nivel conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal de odontología y nutrición que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es bajo.

Ho: El Nivel conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal de odontología y nutrición que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es medio.

Para la contrastación de las hipótesis se realizó un análisis exploratorio y descriptivo de las variables analizadas. Asimismo, se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson para determinar la relación entre el Nivel conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal de salud.

A través de las pruebas estadísticas se determinó estadísticamente que existe relación entre el Nivel conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal de salud. Siendo el nivel de conocimiento después de un desastre por sismo medio como se aprecia en los resultados. Por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna (*Tabla 4,11 y 12*).



CAPÍTULO V:

DISCUSIÓN

5.1 Discusión

Todo hospital expuesto a amenazas naturales o humanas debe estar acondicionado para soportar el impacto de un desastre y para prestar asistencia a las víctimas en los momentos críticos posteriores. Ello exige reducir oportunamente la vulnerabilidad de sus componentes físicos, organizativos y hacer preparativos para dar respuesta oportuna y adecuada a la demanda masiva.

Dentro de este universo del riesgo de desastre por la actividad sísmica que caracteriza al Perú, el ministerio de salud dice que el caso específico de Lima y Callao constituye probablemente el más delicado. Ello se evidencia en el énfasis que el Sistema Nacional de Defensa Civil pone en las actividades de prevención, mitigación y preparación frente a posibles daños de magnitud considerable. Los estudios realizados por el INDECI sobre el riesgo de desastre por terremoto en Lima y Callao muestran cifras de probables daños realmente severos (37).

Los desastres naturales exigen que los profesionales de la salud estén preparados en la atención de víctimas por desastres de manera oportuna, segura y efectiva. Dentro del amplio conjunto de necesidades y su complejidad, la organización de la asistencia médica constituye sin duda el punto focal de la coordinación de la respuesta del sector salud, ya que la atención oportuna juega un papel crítico para salvar vidas, esta atención en salud pese a ser oportuna, podría resultar insignificante si es desorganizada e incoherente y por tanto ineficaz e ineficiente (Torres, 2015).

Por lo cual se realizó preguntas relacionadas al nivel de conocimiento sobre el plan de contingencia por parte del personal de salud, de los cuales se obtuvieron cuadros que determinaron dicha proposición:

En la **Tabla N° 01**, Los profesionales de la salud tuvieron un nivel de conocimiento acerca del plan de contingencia evento sísmico en nivel bajo 21.4% (21), con tendencia a medio en un 45.9% (45) y tan solo un 32,7% (32) de nivel alto. Por consiguiente, el personal de salud no se encuentra preparado para asumir responsabilidades que les permita actuar eficazmente antes y después del sismo, considerando importante la participación del personal de salud para salvar vidas, el riesgo a pérdidas de vidas y para mayor efecto de los desastres naturales.

Existen variables intervinientes que pertenecen a datos generales recabados por el estudio, como la edad del personal de salud que esta entre 32-40 años con un 39,8%; según sexo predomina el femenino con el 79,6 % y el masculino al 20,4 %; dentro de la gama de profesionales que participaron en este estudio existen en mayor cantidad los médicos con un 39,8% seguidos de las enfermeras 16,3 % y las obstetricas con un 10,2 %; al preguntar por el piso donde laboran la mayoría contesto que se encuentra en el segundo piso; además de algunas preguntas previas al cuestionario para conocer su realidad acerca del tema como el tiempo de servicio de 1-3 años con 32,65%, 4-5 años 29,59%; así como cuanto se demorarían en evacuar ante un sismo respondieron mayor a 3 minutos espacio en el que no existirá una buena capacidad de respuesta ni para evacuación ante este evento; al preguntarles si recibieron capacitación en los últimos 6 meses contestaron que no en un 57,14% y que si en un 42,86%; por último se preguntó si habían realizado simulacros de sismo respondieron que No en un 54,1% y Si en un 45,9%; estas respuestas se vuelven relevantes ante los resultados encontrados

Estos resultados coinciden con estudios citados en la investigación tales como: Maita (2014) quien obtuvo como resultado que los profesionales no conocen las medidas del plan de contingencia; Ocharan (2013) menciona en sus resultados que existe nivel de conocimiento bajo a medio, a Torres (2015) no conocen sobre todo hacen hincapié en el traslado y atención a la atención de los pacientes después del sismo; también un estudio en Venezuela realizado por Castillo (2011) encontró el conocimiento deficiente en lo que se refiere a

población como son en estudiantes universitarios en caso de sismo, el cual se obtuvo conocimientos de nivel bajo, lo preocupante es que tardan mucho en la evacuación, y que no se capacitan consecutivamente por ello esta respuesta ante lo investigado.

Tabla N° 02, Los profesionales de la salud tuvieron un nivel de conocimiento acerca de las actividades antes de un evento sísmico en nivel bajo 44,9% (44), con tendencia a medio en un 45.9% (45), esto significa que no están preparadas para afrontar acciones antes de un evento de sismo, esto recalca la respuesta de no haber recibido capacitación, al mismo tiempo no reconocer como se debe estar preparado ante la presencia de una emergencia sobre todo si es en una institución de salud.

La Fase antes (Primera Fase), involucra actividades que les corresponde a las etapas de prevención, mitigación, preparación y alerta; con ello, se busca prevenir para evitar que ocurran daños mayores, en el impacto del desastre; mitigar, para aminorar el impacto del desastre ya que algunas veces no es factible evitar su ocurrencia; preparar y organizar a la comunidad para acciones de respuesta; alertar, para notificar formalmente la presencia de un peligro. Respecto a los conocimientos del personal de salud sobre la respuesta ante un desastre por sismo, en la fase antes, según ítems, el mayor porcentaje no conocen las fases del ciclo del desastre, actividades importantes que permiten llevar a cabo acciones anticipadas ante un desastre, definición de plan de contingencia ante un desastre, componentes del plan de contingencia, finalidad de la mitigación, definición del centro de operaciones de emergencias (COE), comisiones que no forman parte del COE. Mientras que los aspectos que conocen están dados por: definición de desastre, definición de sismo, número mínimo de simulacros de sismo en el año, lo cual es necesario que el personal de salud conozca cuáles son las actividades que se debe tener en cuenta ante un desastre por sismo, a fin de desarrollar las capacidades de prevención y atención ante posibles emergencias y desastres.

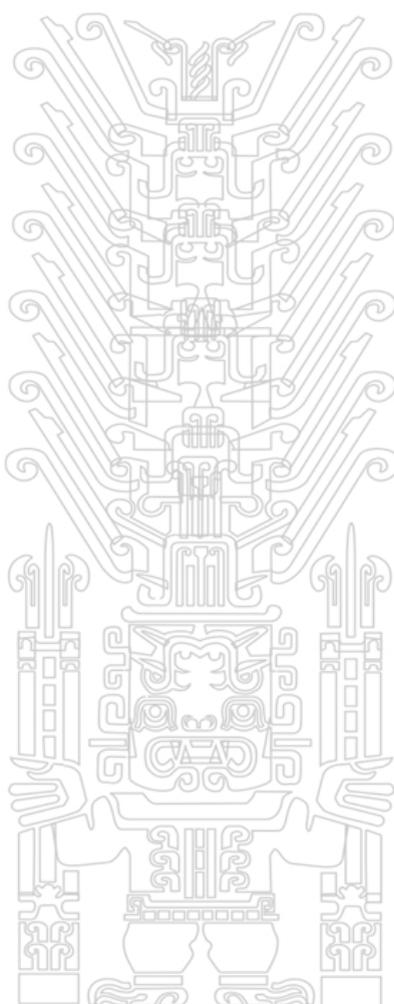
Tabla N ° 03, los profesionales de la salud tuvieron un nivel de conocimiento acerca de las actividades después de un evento sísmico en nivel alto 70.9% (70), con tendencia a un nivel medio en un 48.6% (48), también en esta dimensión es relevante pues es en donde menos fallaron, probablemente porque la mayoría de profesionales les es más fácil saber qué hacer para atender a los pacientes después de una capacitación de lo que se tiene que hacer en un evento sísmico, eso nos indicaría inicialmente que vamos a tener menos riesgos de fallecidos y la vulnerabilidad del mismo equipo de trabajo.

La Fase después (Segunda Fase) se caracteriza porque las actividades que se realizan con posterioridad al desastre, en general se orientan a proceso de recuperación a mediano y largo plazo. Esta fase se divide en rehabilitación y reconstrucción, con ellos se busca restablecer los servicios básicos indispensables y forma de abastecimiento de la comunidad afectada. Reparar la infraestructura afectada y restaurar el sistema productivo con miras a revitalizar la economía.

Por lo que los conocimientos del personal de salud sobre la respuesta ante un desastre por sismo, en la fase después, según ítems, el mayor porcentaje no conocen la definición de la etapa “rehabilitación” y proceso de “reconstrucción”. Mientras que los aspectos que conocen están dados por: alternativas en caso de daño parcial de infraestructura del establecimiento de salud, objetivos de la vigilancia epidemiológica después del desastre, de modo que es importante tener en cuenta cada una de las etapas, pues se caracterizan por mantener una interacción y están determinados por el trabajo que se haga en las etapas anteriores; lo cual se estima como una vulnerabilidad repercute de manera significativa, al no planificar de forma oportuna, no tomar conciencia de los riesgos existentes, no manejar adecuadamente una situación de ésta naturaleza.

En consecuencia, se recomienda la aplicación de las normas éticas en el marco de la función del personal de salud en situación de catástrofe. Toda vez que introduce un problema ético, ya que existe una desproporción entre los recursos de tratamiento necesarios que deben estar disponibles e inmediato y la gran

cantidad de víctimas con distintos grados de gravedad. La selección y codificación según prioridad debe regirse por estricto criterio médico, priorizando el acceso al tratamiento según la gravedad y edad de las víctimas.



5.2 Conclusiones

- Los profesionales de la salud tuvieron un nivel de conocimiento acerca del plan de contingencia evento sísmico en nivel bajo, con tendencia a medio, estos resultados indican que no se está preparado científicamente ante este plan que casualmente es importante hoy en día por la envergadura y el contexto de riesgo en el que se encuentra nuestro país.
- En la dimensión del nivel de conocimiento acerca de las actividades **antes** de un evento sísmico en nivel bajo en los profesionales enfermeras, obstetras, odontólogos y nutricionistas, con tendencia a medio en médicos, se recalca que hay falencias desde antes que ocurra un evento de este tipo, aquí encontramos a profesionales que no tienen una actividad de respuesta y evacuación.
- En la dimensión del nivel de conocimiento acerca de las actividades **después** de un evento sísmico en nivel medio en los profesionales enfermeras, obstetras, odontólogos y nutricionistas, con tendencia a alto en médicos, también existen todavía encontramos problemas en algunos aspecto sobre todo en los ítems de asistencia, búsqueda y rescate.
- Los profesionales de la salud tuvieron un nivel de conocimiento antes y después, acerca de las actividades de un evento sísmico se hizo el cuadro comparativo dándonos dese un nivel bajo, con tendencia a medio y llegando a un nivel alto, la única dimensión que conocen más debe ser por la reacción anticipada hacia lo que se debe hacer con un paciente y las instancias a las que acudirán antes y después de un evento de este tipo.

5.3. Recomendaciones

- Que las autoridades de la institución Centro Clínico Zarate que laboran en la Unidad de Emergencia considere los resultados del estudio a fin de diseñar y/o elaborar programas de educación permanente dirigido a los profesionales sobre el manejo de pacientes en caso de ser víctimas de desastres; en torno a la clasificación, codificación de la prioridad y aspectos éticos, entre otros.
- Promover en el personal en la elaboración de guías de procedimientos y/o material sobre el manejo de las víctimas de desastres orientado a contribuir en la calidad de atención al usuario de los servicios de emergencia y reducir o controlar los efectos derivado de los eventos de los desastres naturales y/o provocados por el hombre.
- Promover en el personal profesional en la elaboración de guías de procedimientos y/o material sobre el quehacer ante desastres orientado a contribuir en la calidad de atención al usuario de los servicios de emergencia y reducir o controlar los efectos derivado de los eventos de los desastres naturales y/o provocados por el hombre.
- Realizar estudios similares en otras instituciones de salud a nivel público y privado. (MINSA, Es Salud, FF.AA. Clínicas Privadas, EPS).
- Realizar estudios comparativos en los diferentes servicios y/o unidades de emergencia en las instituciones de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maita R. (2014) Conocimientos del personal de salud sobre la respuesta ante un desastre por sismo, en el Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycán. [tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos.
2. Córdova M. y Bravo J. (2015) Conocimientos de los estudiantes de cuarto año de la escuela de enfermería sobre prevención ante desastres naturales sismos terremotos Guayaqui. [tesis para optar el Título profesional de enfermería]. Ecuador: Universidad de Guayaquil.
3. Ocharán J. (2013) Nivel de conocimiento del plan hospitalario y medidas de acción frente a situaciones de desastres en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. [tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos.
4. Castillo M (2011) Evaluación del nivel de conocimiento sobre el plan de evacuación en situaciones de emergencias y desastres en el Hospital el Rosario de Cabima. [tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres]. Venezuela: Universidad de Zulia.
5. Gutiérrez M. (2013) Estimación de la seguridad del funcionamiento de un Hospital público ante un sismo de gran magnitud en la ciudad de Lima. [tesis para optar el Título de maestro en administración en Salud]. Lima-Perú: Universidad San Martín de Porres.
6. Torres E. (2013) Conocimiento del profesional de enfermería sobre triaje en víctimas por desastres en la Unidad de Emergencia General Hospital de Apoyo San Francisco Ayacucho. [tesis para optar el Título de especialista en emergencias y desastres]. Lima-Perú: Universidad Mayor de San Marcos.
7. Pastor H. y Fernández, G (2015) Actitudes y conocimientos sobre la prevención de riesgos y desastres en los estudiantes de la escuela de formación profesional de enfermería. [tesis para optar el Título de

Licenciada en Enfermería]. Ayacucho – Perú: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.

8. Huertas M. (2017) Asociación entre Actitud y Nivel de Conocimiento frente a Simulacro de Sismo en Personal del Servicio de Emergencia del Hospital Regional II – 2 Tumbes. Perú. [Internet] 2015, [citado 26 de Julio 2017]; disponible en:
<http://repositorio.autonomaica.edu.pe/bitstream/autonomaica/37/1/magnolia%20del%20pilar%20huertas%20salinas%20-%20sismo%20en%20personal%20del%20servicio%20de%20emergencia.pdf>.
9. Instituto Geofísico del Perú. (2017) Los sismos no se pueden predecir. Perú. [Internet] s.f, [citado 12 de agosto 2017]; disponible en:
<http://ultimosismo.igp.gob.pe/files/leermas.pdf>
10. Morales N. (2017) Plan hospitalario para desastres. Perú. [Internet] 2015, [citado 26 de Julio 2017]; disponible en:
<http://www.planeamientohospitalario.info/contenido/referencia/PlanHospParaDesastres.pdf>
11. Tovar M. (2017) Identificación de factores que limitan una implementación efectiva de la gestión del riesgo de desastres a nivel local, en distritos seleccionados de la región de Piura. Perú. [Internet] 2013, [citado 2 de agosto 2017]; disponible en:
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5460/NEUHAUS_WILHELM_SANDRA_IDENTIFICACION_GESTION.pdf?sequence=1
12. Organización de las naciones unidas para la educación de la ciencia y la cultura. (2012) Análisis de riesgos de desastres. Chile [Internet] 2012; disponible en:
<http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/Analisis-de-riesgos-de-desastres-en-Chile.pdf>
13. Organización Mundial de la Salud. (2009) Llamado para proteger hospitales y escuelas ante los desastres. Ginebra [citado 6 de agosto 2017]; disponible en:

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

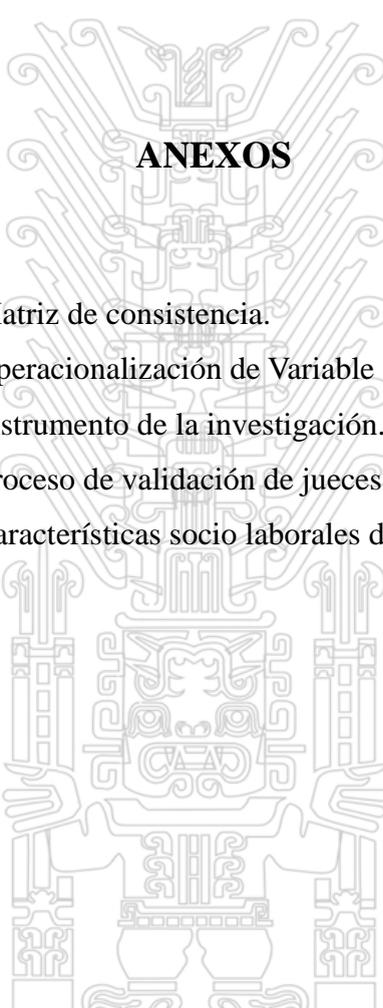
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/disaster_risk_reduction_20090618/es/

14. Presidencia de Consejos de Ministro. (2014) Ley del sistema nacional de gestión del riesgo de desastres y el plan nacional de gestión del riesgo de desastres – PLANAGERD 2014-2021. Perú, [citado 7 de agosto 2017]; disponible en:
https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/eventos-taller/taller-internacional-03y04-julio-2014/files/segundo-dia/04-Ley-Sinagerd-y-el-Planagerd.pdf
15. Umaicwiki. Desastres. Colombia [Internet] 2013, [citado 7 de agosto 2017]; disponible en: <https://wiki.umaic.org/wiki/Desastre>
16. Organización panamericana de la salud. (2000) Fundamentos para la mitigación de desastres en establecimientos de salud. Washington, [citado 7 de agosto 2017]; disponible en:
http://www.hospitalseguro.cl/documentos/libro_vulnerabilidad_ops.pdf
17. Ministerio de Salud. (2016) Plan de prevención y reducción del riesgo de desastres del ministerio de salud ante la temporada de las bajas temperaturas, 2016 – 2017. Perú [Internet] 2016, [citado 8 de agosto 2017]; disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/neumonia/matcom/PLAN-BT-2016-2017.pdf>
18. Organización de las naciones unidas para la educación de la ciencia y la cultura. (2011) Manual de gestión de riesgos de desastre para comunicadores sociales. Perú, [citado 8 de agosto 2017]; disponible en:
<http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002191/219184s.pdf>
19. Pinto F. (2017) Activación de alertas en situaciones de emergencias situaciones de emergencias y desastres. Perú; disponible en:
<http://www.reeme.arizona.edu/materials/Alertas%20y%20Alarmas.pdf>
20. Ministerio de salud. (2017) Minsa presenta planes de respuesta frente a emergencias y desastres. Perú [Internet] 2017; disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=22293>

21. Organización Mundial de la salud. (2017) Reunión coordinadores de desastres de los ministerios de salud y puntos focales de OPS/OMS de América del Sur. Perú ; disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3835:reunion-coordinadores-de-desastres-de-los-ministerios-de-salud-y-puntos-focales-de-ops-oms-de-america-del-sur&Itemid=900
22. Presidenta de consejos de ministros. (2014) Plan nacional de gestión del riesgo de desastres. Perú, [citado 10 de agosto 2017]; disponible en: <http://www.cenepred.gob.pe/web/download/PLANAGERD%202014-2021.pdf>
23. Rosales E. (2015) Conocimientos y actitudes del personal de emergencia sobre las medidas de acción ante un desastre por sismo - Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao. Perú, [citado 10 de agosto 2017]; disponible en: <http://repositorio.autonomaica.edu.pe/bitstream/autonomaica/34/1/ENMA%20CONSUELO%20ROSALES%20AVILA%20-%20MEDIDAS%20DE%20ACCION%20ANTE%20DESASTRE%20POR%20SISMO.pdf>
24. Institución geofísica del Perú. (2012) Conceptos básicos. Perú.; disponible en: <http://portal.igp.gob.pe/conceptos-basicos>.
25. Instituto Geofísico de Perú. últimos sismos sentidos. Perú. (2017); disponible en: <http://ultimosismo.igp.gob.pe/bdsismos/ultimosSismosSentidos.php#>
26. Ministerio de salud. Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Perú. (2008); disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/7D7982FF2DFFE5C705257914005F9334/\\$FILE/Ley_27813.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/7D7982FF2DFFE5C705257914005F9334/$FILE/Ley_27813.pdf)
27. Organización mundial de la Salud. Personal sanitario. Perú. [Internet] 2015, [citado 11 de agosto 2017]; disponible en: http://www.who.int/topics/health_workforce/es/
28. Metodología de la investigación. (2015) Tipos de investigación Exploratoria, descriptiva, explicativa y correlación. Perú.; disponible en:

<http://metodologadelainvestigacinsiis.blogspot.pe/2011/10/tipos-de-investigacion-exploratoria.html>

29. Arias, Fidias G. (1999) El proyecto de Investigación. Guía para su elaboración. Editorial Episteme. Orial Ediciones. Caracas. Venezuela. 3(68).[Internet] 2011, [citado 12 de agosto 2017] Disponible en: <http://www.smo.edu.mx/colegiados/apoyos/proyecto-investigacion.pdf>
30. Escamilla M. (2017) Aplicación básica de los métodos científicos. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo Unidad 3. México. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES38.pdf
31. Moreno E. (2013) Metodología de la investigación - Definición y clasificación de las variables de investigación., [Citado 12 agosto, 2017] Disponible en: <http://tesis-investigacion-cientifica.blogspot.pe/2013/08/definicion-y-clasificacion-de-las.html>
32. Tesis de investigación blogs. Población y muestra. Venezuela. [Internet] 2012, [Citado 13 agosto, 2017] Disponible en: <http://tesisdeinvestig.blogspot.pe/2012/04/poblacion-y-muestra-ejemplo.html>
33. Ludewig E. (2017) Universo y muestra. Venezuela. [Internet] s. f, Disponible en: <http://www.smo.edu.mx/colegiados/apoyos/muestreo.pdf>
34. Casas J, Repullo J, y Donado J. (2003) La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. Vol. 31. Núm. 8. España., [Citado 13 agosto, 2017] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738>
35. Ministerio de Salud. (2017) Plan sectorial de prevención y atención de emergencias y desastres del sector salud. Perú, [Citado 13 agosto, 2017] Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/593_MINSA325.pdf



ANEXOS

- ANEXO “A”: Matriz de consistencia.
- ANEXO “B”: Operacionalización de Variable
- ANEXO “C”: Instrumento de la investigación.
- ANEXO “D”: Proceso de validación de jueces expertos
- ANEXO “E”: Características socio laborales del personal de salud

ANEXO “A”: MATRIZ DE CONSISTENCIA.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
¿Cuál es el nivel de Conocimiento sobre el plan de contingencia de desastre por sismo del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017?	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar el nivel de Conocimiento sobre el plan de contingencia de desastre por sismo del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>Identificar el Nivel conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.</p> <p>Identificar el Nivel conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017</p>	<p>Hipótesis General:</p> <p>El nivel de Conocimiento sobre el plan de contingencia de desastre por sismo del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es bajo</p> <p>Hipótesis Específicos:</p> <p>El Nivel conocimiento antes de un desastre por sismo que tiene el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es bajo</p> <p>El Nivel conocimiento después de un desastre por sismo que tiene el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, es alto a medio</p>	<p>CONOCIMIENTO</p> <p>Definición conceptual:</p> <p>El conocimiento científico, medido en niveles según el saber humano obtenido de forma racional y consiente mediante una metodología lógica y rigurosa; para referirse a las medidas antes, durante y después de un desastre natural particularmente del sismo.</p> <p>Conocimientos antes y después de un desastre por sismo:</p> <p>Es el nivel de conocimiento cognitivos sobre medidas antes, durante y después de un sismo, a través de un cuestionario de 26 preguntas.</p>	<p>Tipo:</p> <p>El tipo de investigación fue de tipo aplicada, de nivel descriptivo</p> <p>Diseño:</p> <p>La investigación usará el diseño no experimental, prospectivo, longitudinal</p> <p>Población y Muestra: El estudio se realizó en una población única que estuvo representada por el personal de salud del Centro clínico Zarate – IPRESS., la muestra fue no probabilística por conveniencia del autor.</p> <p>Instrumentos de Investigación:</p> <p>Técnicas:</p> <p>Para la siguiente investigación se utilizó como técnica la encuesta, antes de entregar los cuestionarios se explicó con la finalidad de conocer los conocimientos previos.</p> <p>Instrumento:</p> <p>El instrumento que se utilizó para la recolección de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cuestionario. • Encuesta sobre nivel de conocimiento (26 preguntas).

ANEXOS “C”

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Buenos días Sr. (a), mi nombre es Lic. Vásquez Vásquez, Ysabel Jacqueline, Estudiante de post grado de la Universidad Nacional Federico Villareal de la maestría en gestión y conducción de la salud, en esta oportunidad estoy realizando un estudio de investigación, en coordinación con el Centro Clínico Zarate (IPRESS). Para lo cual se le solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces, considerando que es de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación.

I. INSTRUCCIONES

A continuación, se presenta una lista de preguntas a las cuáles usted deberá responder en forma objetiva, completando primero todos los datos informativos luego marque con una (X) la alternativa que crea conveniente.

II.-DATOS GENERALES

Edad:

Sexo:

Servicio:

Nº de Piso donde labora:

Tiempo de servicio.....

Tiempo que se demora desde el lugar donde labora, hasta el circulo de Evacuación principal del Centro Clínico Zarate

Ha asistido usted en el último año a algún curso de capacitación relacionado a prevención de desastres:

SI () NO ()

¿Se han realizado simulacros de sismos en su Centro Clínico Zarate en el último año? SI () NO ()

III.- DATOS ESPECÍFICOS

3.1. ANTES DEL SISMO

1. Se define el desastre como:

- a) Situación que puede ser controlada localmente
- b) Fenómenos que involucran fuertes contenidos emocionales y afectivos.
- c) Interrupción seria del funcionamiento de una comunidad que causa pérdidas humanas y/o materiales, económicas o ambientales; que exceden la capacidad de respuesta.
- d) Desconoce

2. Señale las fases del ciclo de un desastre:

- a) Prevención, preparación y respuesta
- b) Fase previa, fase de preparación y fase de respuesta
- c) Antes, durante y después
- d) Desconoce

3. ¿Cuál es la actividad más importante que permite llevar a cabo acciones anticipadas ante un desastre?

- a) Mitigación
- b) Preparación
- c) Alerta
- d) Desconoce

4. Señale la definición de sismo:

- a) El desplazamiento de una capa de nieve o de tierra ladera abajo, que puede incorporar parte del sustrato y de la cobertura vegetal de la pendiente.
- b) Movimiento repentino de la superficie terrestre debida a la acumulación de energía que súbitamente es liberada en forma de ondas.

- c) Fenómeno de deslizamiento de masas de tierra y agua lodosa que toman los cauces de las quebradas.
 - d) Es un evento complejo que involucra el desplazamiento vertical de un grupo de olas de gran energía y de tamaño variable.
5. Señale la alternativa que no corresponde a las actividades de preparación ante un desastre:
- a) Evaluación preliminar de daños
 - b) Realización de simulacros
 - c) Elaboración de mapa de riesgo
 - d) Evacuación de la población afectada
6. El Plan de contingencia ante un desastre se define como:
- a) Es la combinación de instalaciones, equipamiento, personal, protocolos que operan en una estructura organizacional común, para afrontar, efectivamente los objetivos pertinentes a un evento, incidente o desastre.
 - b) Es un documento que se debe aplicar de manera continua en el monitoreo de peligros, emergencias y desastres, así como en la administración e intercambio de la información.
 - c) Es un instrumento de gestión que definen los objetivos, estrategias institucionales para la prevención, la reducción de riesgos, la atención de emergencias y la rehabilitación en casos de desastres permitiendo disminuir o minimizar los daños.
 - d) Desconoce
7. Señale los componentes de un Plan de contingencia ante un desastre
- a) Plan de protección, seguridad y evacuación
 - b) Plan de prevención, protección y mitigación
 - c) Plan de promoción, prevención y protección
 - d) Plan de preparación, prevención, mitigación

8. ¿Cuántos simulacros de sismos como mínimo considera usted, que se debería realizar en su establecimiento anualmente?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 a más

9. Señale el enunciado que no corresponde a lo relacionado con el triaje:

- a) Permite determinar quiénes recibirán atención primero
- b) Proceso de selección y priorización del tratamiento y transporte cuando la cantidad de víctimas excede al número de rescatadores
- c) Permite brindar atención a las víctimas por tiempo prolongado con internamiento y hospitalización
- d) Permite seleccionar el destino más adecuado de la víctima

10. En el sistema de triaje en caso de desastres, el código de colores es:

- a) Negro, azul, rojo, amarillo
- b) Rojo, amarillo, azul, verde
- c) Amarillo, rojo, negro, azul
- d) Rojo, amarillo, verde, negro

11. El triaje que se realiza en la zona de impacto, en el nivel hospitalario y en establecimiento de salud de baja complejidad se denomina respectivamente:

- a) Nivel de triaje 1, nivel de triaje 3 y nivel de triaje 2
- b) Nivel de triaje primario, triaje secundario, triaje terciario
- c) Nivel de triaje 2, triaje de nivel 3, triaje de nivel 1
- d) Nivel de triaje terciario, nivel de triaje primario, nivel de triaje secundario

12. Durante el sismo no debe:

- a) Salir de prisa hacia la calle
- b) Alejarse de las ventanas
- c) Si es de noche iluminar con velas ó lámparas
- d) Alejarse de los estantes

13. ¿Cuánto tiempo considera usted que debería durar la evacuación hacia una zona de seguridad?

- a) Menos de 3 minutos
- b) De 3 a 5 minutos
- c) De 5 a 10 minutos
- d) Más de 10 minutos

14. Si durante un sismo se daña parcialmente la infraestructura de su establecimiento:

- a) Se utiliza la infraestructura no dañada
- b) Se evacúa a zonas seguras acondicionadas
- c) Se traslada a otro establecimiento de salud
- d) No se recibe a más pacientes

15. La ejecución de las actividades de respuesta durante el período de emergencia ocurren en la fase:

- a) Después del desastre
- b) Antes del desastre
- c) Fase de alerta
- d) Durante el desastre

16. Señale la alternativa que no corresponde a los objetivos de un simulacro de sismo:

- a) Identifica el entrenamiento del personal de salud en situaciones de desastres por sismos
- b) Detectar errores en el contenido del Plan de contingencia
- c) Evaluar riesgos que presenta el establecimiento
- d) Sancionar los errores en la puesta en práctica del Plan de contingencia

17. Los estados de ALERTA se declaran con la finalidad de que la población e instituciones adopten:

- a) Actitudes de preocupación y pánico frente a un desastre
- b) Estudios de vulnerabilidad física, ecológica ante un desastre

- c) Señales de rutas de evacuación ante un desastre
- d) Acciones específicas ante un probable desastre

18. La etapa de respuesta ante un desastre tiene como objetivo fundamental:

- a) Alojamiento temporal y cuantificación de daños
- b) Salvar vidas y reducir el sufrimiento y disminuir pérdidas de bienes
- c) Restauración de servicios básicos y planificación física
- d) Recuperación a corto plazo de los servicios básicos

3.2. DESPUES DEL SISMO.

19. Señale el objetivo de la vigilancia epidemiológica posterior al desastre:

- a) Identificar las víctimas que necesiten ayuda
- b) Evaluar la respuesta de la comunidad
- c) Prevenir las epidemias
- d) Evaluar la magnitud del impacto

20. Después de ocurrido el desastre, las actividades que se realizan están orientadas a la:

- a) Restauración de los servicios básicos y reparación de la infraestructura vital
- b) Notificación formal de la presencia y ocurrencia de un peligro
- c) Aminorar el impacto del desastre y evitar su ocurrencia
- d) Salvar vidas y reducir el sufrimiento de los afectados

21. La mitigación ante un desastre constituye el resultado de la aplicación de un conjunto de medidas cuya finalidad es:

- a) Reducir el sufrimiento y la pérdida de vidas humanas ante un evento desfavorable
- b) Reducir el riesgo y eliminar la vulnerabilidad física, social y económica
- c) Tomar precauciones significativas y reducir riesgos durante un evento
- d) Prevenir el riesgo de presentar eventos adversos

22. Señale Ud. la definición correcta de COE
- a) Comisión de operaciones y emergencias
 - b) Comando operativo de emergencias
 - c) Centro de operaciones de emergencias
 - d) Comité de organización de emergencias
23. Señale Ud. qué comisiones no conforman parte del COE.
- a) Comisión de operaciones
 - b) Comisión de logística
 - c) Comisión de salud
 - d) Comisión de riesgos
24. Se considera la etapa en la que se continúa la atención de la población y se inicia el proceso de recuperación de servicios básicos a corto plazo:
- a) Reconstrucción
 - b) Rehabilitación
 - c) Reparación
 - d) Reposición
25. No se considera actividades de rehabilitación después de un desastre:
- a) Evaluación preliminar de daños
 - b) Restablecimiento de sistemas de comunicación
 - c) Establecer sistemas de comunicación como teléfono, radio, etc.
 - d) Restablecimiento de los servicios básicos
26. En el proceso de Reconstrucción sucede lo siguiente, excepto:
- a) Canalización y orientación de los recursos y donaciones
 - b) Coordinación interinstitucional y multisectorial
 - c) Búsqueda y rescate de las personas afectadas
 - d) Reubicación de asentamientos humanos

ANEXO “D”

Proceso de validación de Jueces de Expertos

Validez de Matriz de Consistencia

<p>1: TA (Totalmente de Acuerdo)</p> <p>2: A (Acuerdo)</p> <p>3: I (Indeciso)</p> <p>4: D (Desacuerdo)</p> <p>5: TD (Totalmente en desacuerdo)</p>	<p style="text-align: center;">JUECES</p> <p>I.- Metodólogo V.- Experto N° 1</p> <p>II.- Epidemiólogo VI.-Experto N° 2</p> <p>III.- Investigador</p> <p>IV.- Investigador</p>
---	--

Jueces Ítems	I	II	III	IV	V	VI
1	1	2	1	2	1	2
2	1	2	1	2	1	2
3	1	2	1	2	1	2
4	1	2	1	2	1	2
5	1	2	1	2	1	2
6	1	2	1	2	1	2
7	1	2	2	2	1	2
8	1	2	1	2	1	2
9	1	2	2	2	1	2
10	1	2	1	2	1	2
11	1	2	1	2	1	2
12	1	2	1	2	1	2
13	1	2	1	2	1	2

R- Finn (Formula)

$$R_f = 1 - \frac{6}{T(K^2 - 1)} \sum (y_{1j} - y_{2j})^2$$

Dónde:

Y = Jueces

K= Categorías

T = Ítems o preguntas

JUEZ	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
Juez 1	-	0.76	0.96	0.76	0.98	0.76	0.84
Juez 2	-	-	0.8	0.98	0.76	0.98	0.88
Juez 3	-	-	-	0.8	0.96	0.8	0.85
Juez 4	-	-	-	-	0.76	0.98	0.87
Juez 5	-	-	-	-	-	0.76	0.76
							= 0.84

RF=0.84

El resultado de validez de la Matriz, el cual fue validado por 6 jueces experto, se obtuvo un valor de 0.84, la cual indica que se encuentra con gran eficacia (> 0.75), esto nos quiere decir que la concordancia de jueces es significativa por lo tanto es válido para la realización del proyecto

1: TA (Totalmente de Acuerdo)	JUECES	
2: A (Acuerdo)	I.- Metodólogo	V.- Experto N° 1
3: I (Indeciso)	II.- Epidemiólogo	VI.-Experto N° 2
4: D (Desacuerdo)	III.- Investigador	
5: TD (Totalmente en desacuerdo)	IV.- Investigador	

Jueces	I	II	III	IV	V	VI
1	2	1	1	2	1	2
2	2	1	1	2	1	2
3	2	1	1	2	1	2
4	2	2	2	2	1	2
5	1	1	2	2	3	2
6	1	1	3	3	3	2
7	1	1	1	2	2	2
8	2	1	1	2	1	2
9	3	2	1	2	4	2
10	2	1	4	3	2	2
11	1	1	1	2	1	1



R- Finn (Formula)

$$R_f = 1 - \frac{6}{T(K^2 - 1)} \sum (y_{1j} - y_{2j})^2$$

Dónde:

Y = Jueces

K = Categorías

T = Ítems o preguntas

JUEZ	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
Juez 1	-	0.93	0.63	0.80	0.67	0.91	0.79
Juez 2	-	-	0.67	0.67	0.67	0.82	0.71
Juez 3	-	-	-	0.82	0.65	0.76	0.74
Juez 4	-	-	-	-	0.74	0.93	0.84
Juez 5	-	-	-	-	-	0.76	0.76
							= 0.77

El resultado de validez de mi instrumento de la Variable, el cual fue validado por 6 jueces experto, se obtuvo un valor de 0.77 la cual indica que se encuentra fortísimo (> 0.75), esto nos quiere decir, que el instrumento mide la variable como debe ser, y que la concordancia de jueces es significativa por lo tanto es válido para la realización del proyecto

ANEXO "E"

Características socio laborales del personal de Salud del Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017

Tabla N° 07:

Edad del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
23 - 31	28	28,6
32 - 40	39	39,8
41 - 49	31	31,6
Total	98	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales, 2017.

Gráfico N° 07:

Edad del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017

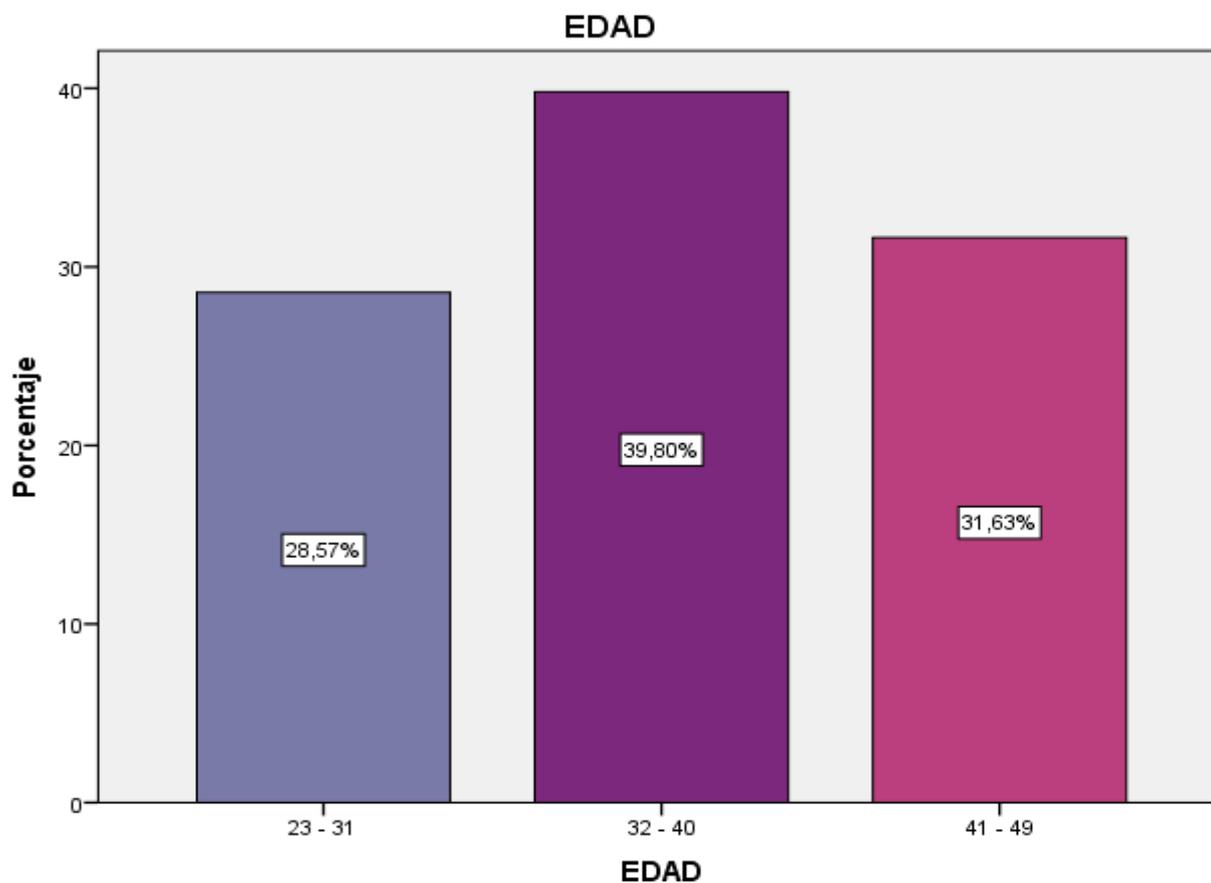


Tabla N° 08:

Sexo del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	78	79,6
MASCULINO	20	20,4
Total	98	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales, 2017.

Gráfico N° 08:

Sexo del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)-
2017.

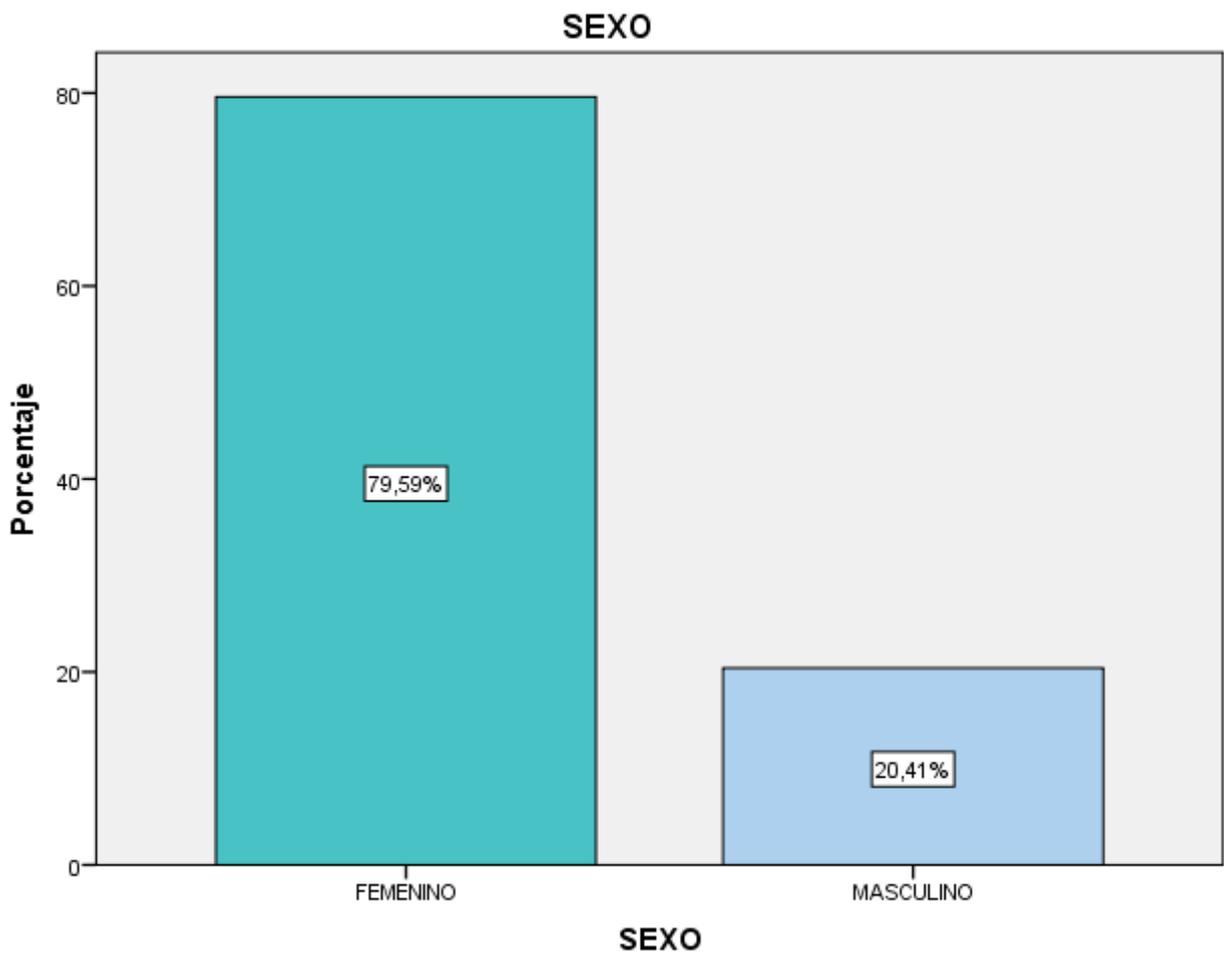


Tabla N° 09:

Ocupación profesional del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
MEDICINA	39	39,8
ENFERMERIA	16	16,3
OBSTETRICIA	10	10,2
ODONTOLOGIA	8	8,2
NUTRICION	3	3,1
PSICOLOGIA	4	4,1
TERAPISTA	6	6,1
TECNICOS	12	12,2
Total	98	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales, 2017.

Gráfico N° 09:

Ocupación profesional del personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.

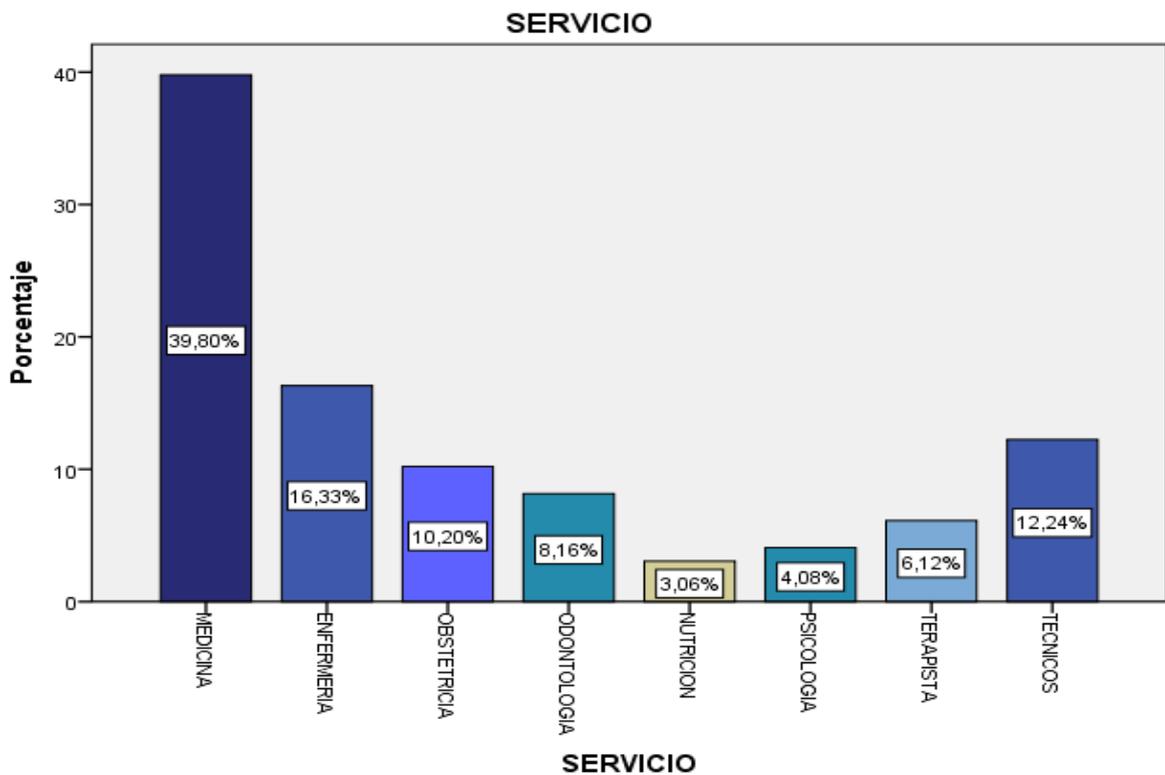


Tabla N° 10:

Número de piso donde labora el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
PRIMER PISO	23	23,5
SEGUNDO PISO	75	76,5
Total	98	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales, 2017.

Gráfico N° 10:

Número de piso donde labora el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.

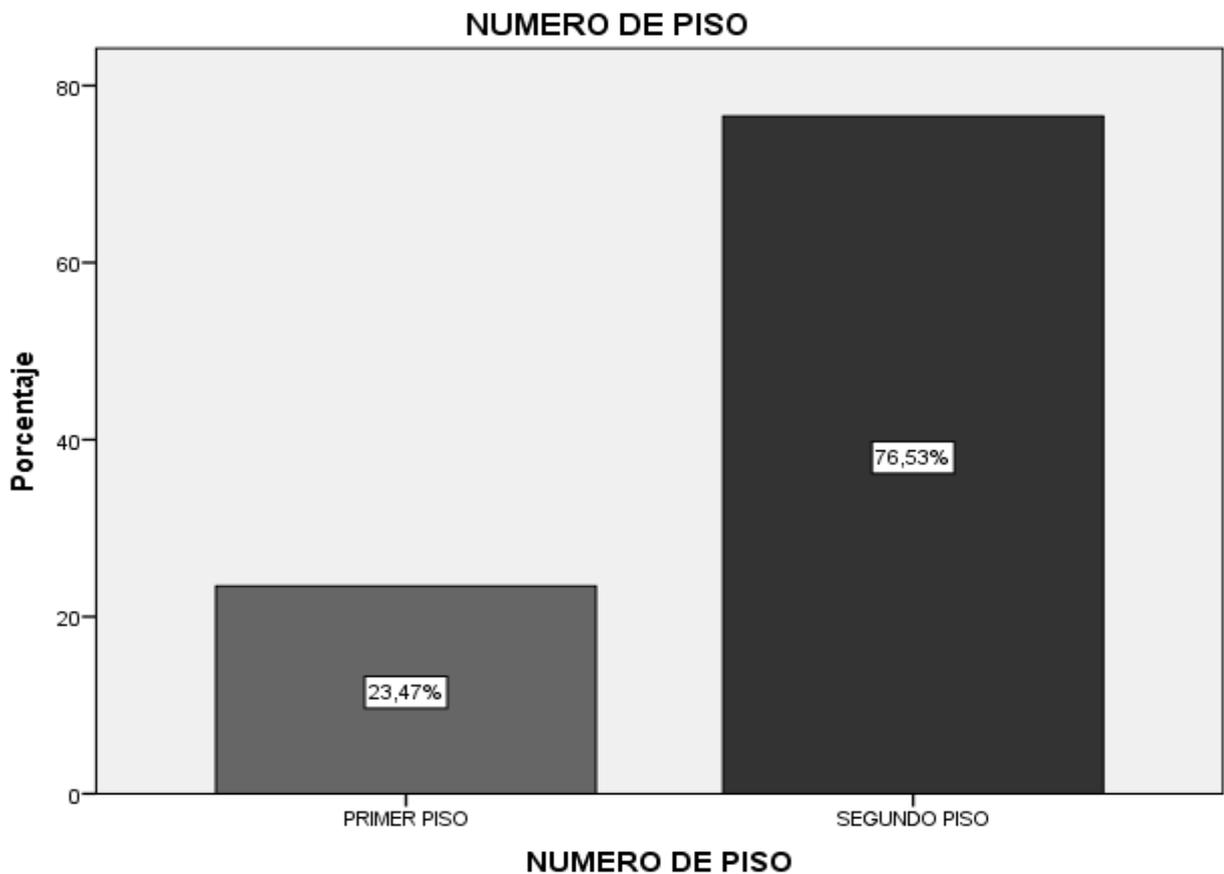


Tabla N° 11:

Tiempo de servicio en que labora el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
- 1AÑO	18	18,4
1 - 3AÑOS	32	32,7
4 - 5AÑOS	29	29,6
+ 5AÑOS	19	19,4
Total	98	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales, 2017.

Gráfico N° 11:

Tiempo de servicio en que labora el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.2017

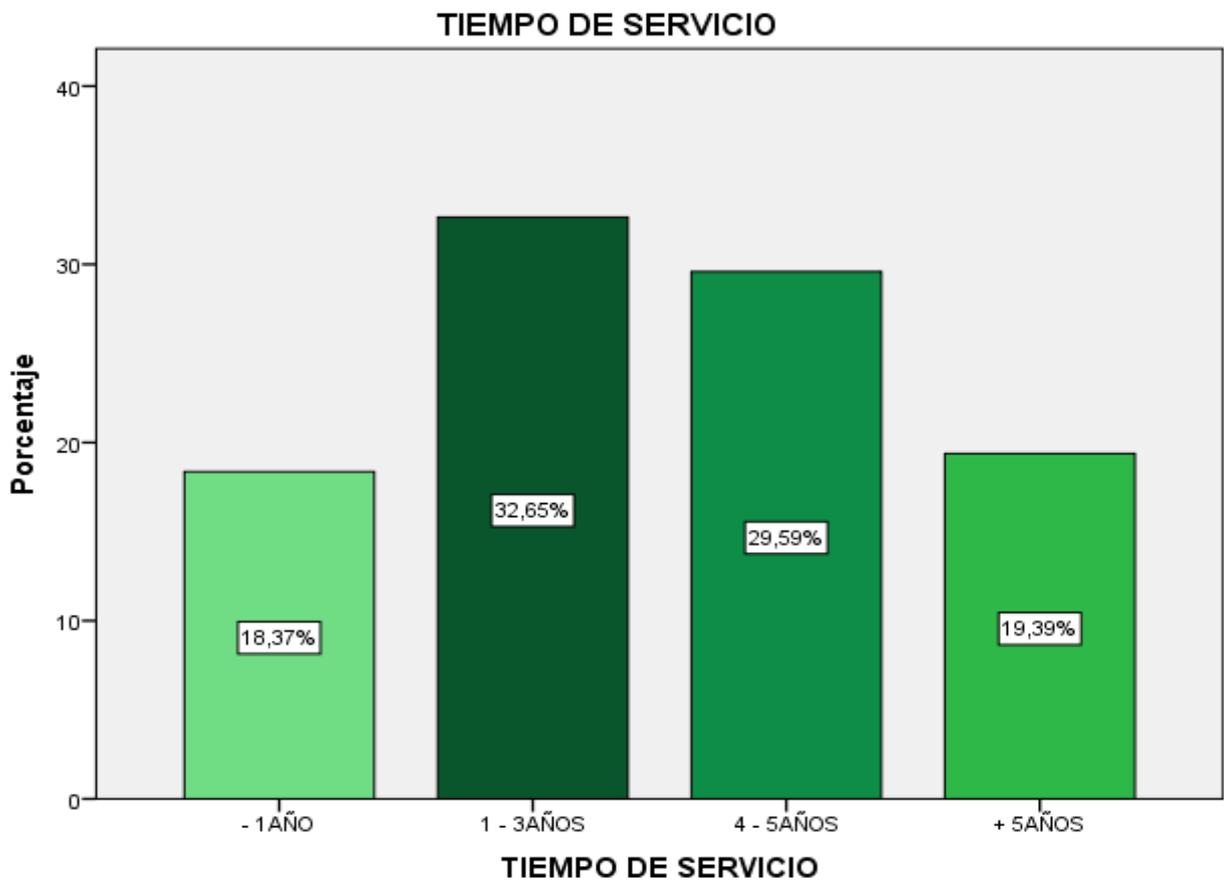


Tabla N° 12:

Tiempo en que demora el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, para evacuar en caso de sismo.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
- 1MIN	27	27,6
1 - 3MIN	33	33,7
+ 3MIN	38	38,8
Total	98	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales, 2017.

Gráfico N° 12:

Tiempo en que demora el personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, para evacuar en caso de sismo.

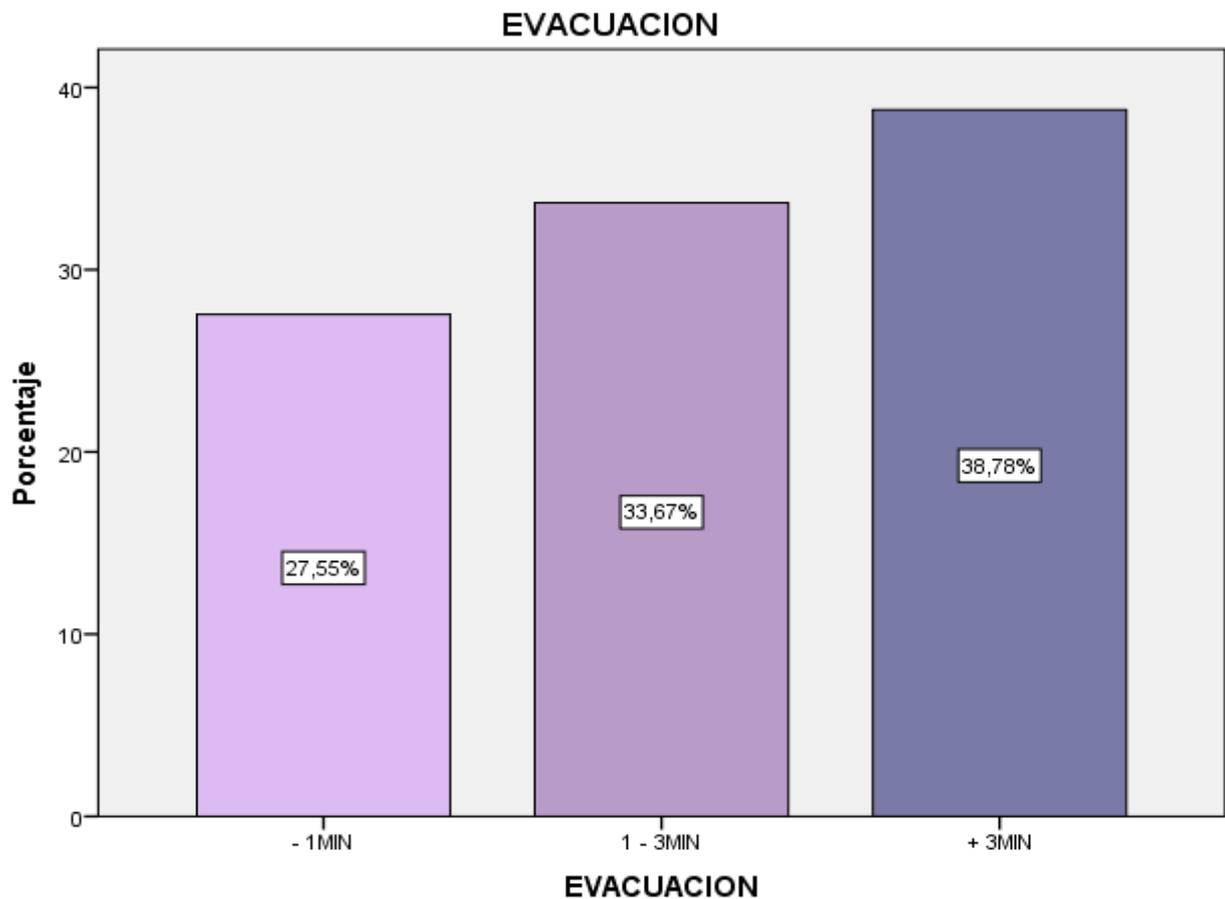


Tabla N° 13:

Se realiza capacitación al personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, en caso de sismo.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	42	42,9
NO	56	57,1
Total	98	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales, 2017.

Gráfico N° 13:

Se realiza capacitación al personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017, en caso de sismo.

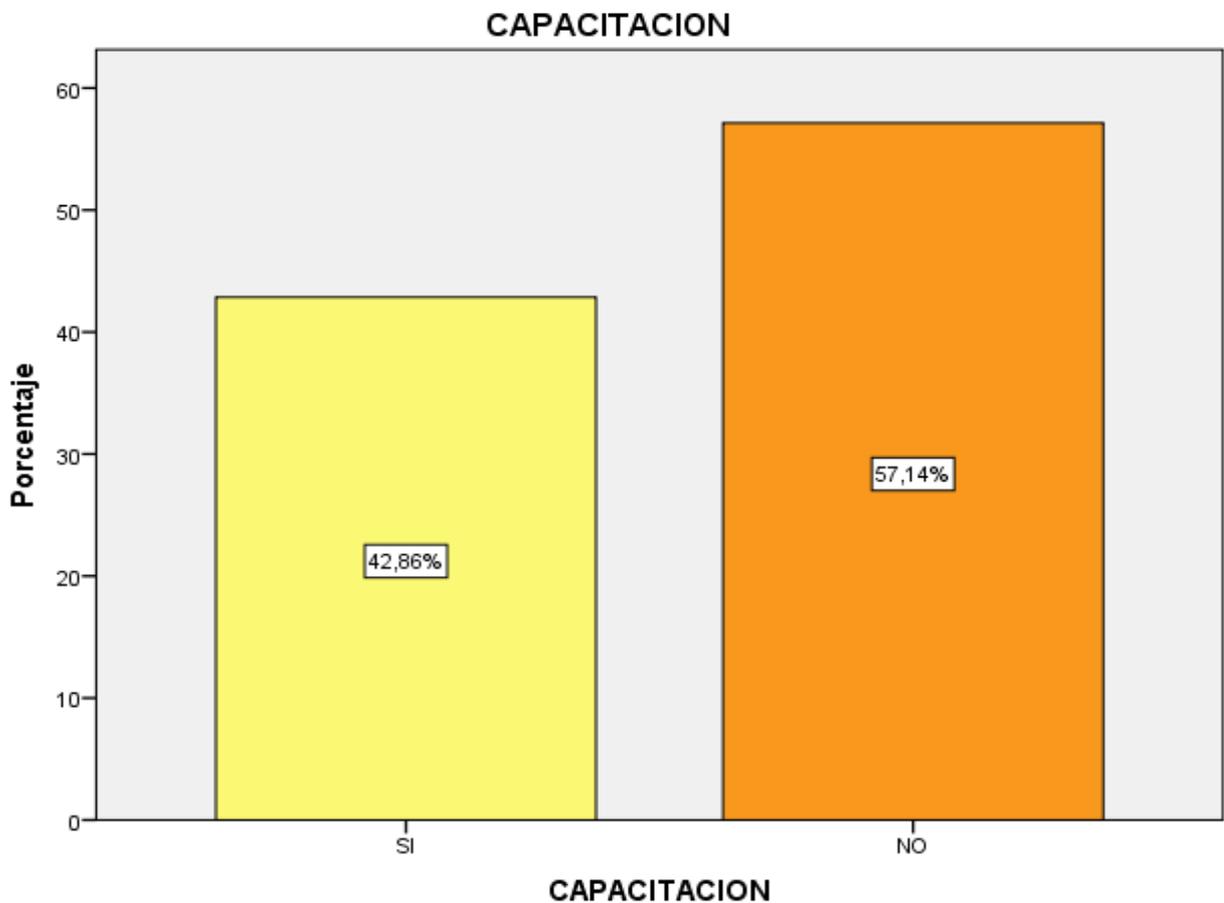


Tabla N° 14:

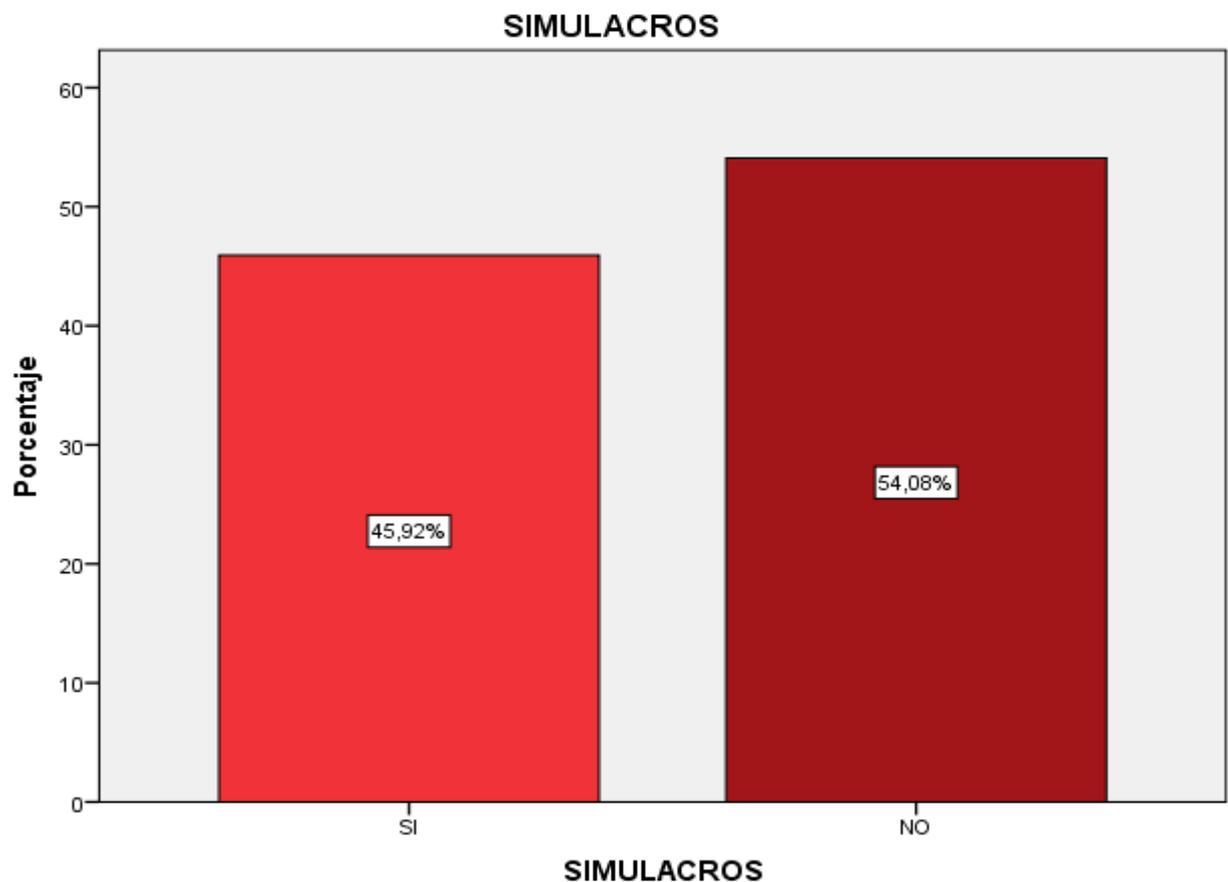
Se realiza simulacro de sismo al personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	45	45,9
NO	53	54,1
Total	98	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales, 2017.

Gráfico N° 14:

Se realiza simulacro de sismo al personal de salud que labora en el Centro Clínico Zarate (IPRESS)- 2017.



CUADRO DE MATRIZ DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

#	EDAD	SEXO	OCUPACION	UBICACIÓN	TIEMPO DE SERV.	EVACUACION	CAP.	SIMULACRO	ANTES	DESPUES	N.C
1	32 - 40	MASCULINO	MEDICINA	PRIMER PISO	- 1AÑO	- 1MIN	SI	SI	MEDIO	ALTO	
2	32 - 40	MASCULINO	MEDICINA	PRIMER PISO	1 - 3AÑOS	- 1MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
3	32 - 40	MASCULINO	MEDICINA	PRIMER PISO	- 1AÑO	- 1MIN	SI	SI	MEDIO	ALTO	
4	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	PRIMER PISO	- 1AÑO	- 1MIN	SI	SI	MEDIO	ALTO	
5	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	PRIMER PISO	1 - 3AÑOS	- 1MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
6	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	PRIMER PISO	1 - 3AÑOS	- 1MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
7	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	PRIMER PISO	1 - 3AÑOS	- 1MIN	SI	SI	MEDIO	ALTO	
8	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	PRIMER PISO	- 1AÑO	- 1MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
9	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	PRIMER PISO	1 - 3AÑOS	- 1MIN	SI	SI	MEDIO	ALTO	
10	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	PRIMER PISO	4 - 5AÑOS	- 1MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
11	32 - 40	MASCULINO	MEDICINA	PRIMER PISO	- 1AÑO	- 1MIN	SI	SI	MEDIO	ALTO	
12	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	PRIMER PISO	1 - 3AÑOS	- 1MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
13	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	PRIMER PISO	4 - 5AÑOS	- 1MIN	SI	SI	MEDIO	ALTO	
14	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	PRIMER PISO	- 1AÑO	- 1MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
15	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	PRIMER PISO	1 - 3AÑOS	- 1MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	

16	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	PRIMER PISO	- 1AÑO	- 1MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
17	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	PRIMER PISO	- 1AÑO	- 1MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
18	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	PRIMER PISO	- 1AÑO	- 1MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
19	32 - 40	MASCULINO	MEDICINA	PRIMER PISO	1 - 3AÑOS	- 1MIN	SI	SI	MEDIO	ALTO	
20	32 - 40	MASCULINO	MEDICINA	PRIMER PISO	- 1AÑO	- 1MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
21	32 - 40	MASCULINO	MEDICINA	PRIMER PISO	4 - 5AÑOS	- 1MIN	SI	SI	MEDIO	ALTO	
22	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	PRIMER PISO	- 1AÑO	- 1MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
23	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	PRIMER PISO	1 - 3AÑOS	- 1MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
24	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	- 1MIN	SI	SI	MEDIO	ALTO	
25	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	- 1MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
26	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	- 1MIN	SI	SI	MEDIO	ALTO	
27	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	- 1MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
28	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	1 - 3MIN	SI	SI	MEDIO	ALTO	
29	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
30	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	SI	MEDIO	ALTO	
31	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
32	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	

33	32 - 40	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
34	32 - 40	MASCULINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	1 - 3MIN	SI	SI	MEDIO	ALTO	
35	32 - 40	MASCULINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
36	32 - 40	MASCULINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
37	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	SI	MEDIO	ALTO	
38	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	SI	MEDIO	ALTO	
39	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
40	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
41	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
42	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
43	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
44	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
45	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
46	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
47	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
48	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
49	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	

50	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
51	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
52	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
53	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
54	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
55	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
56	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
57	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
58	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
59	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
60	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
61	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
62	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
63	41 - 49	FEMENINO	MEDICINA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	MEDIO	ALTO	
64	41 - 49	FEMENINO	ENFERMERIA	SEGUNDO PISO	- 1AÑO	1 - 3MIN	SI	NO	BAJO	MEDIO	BAJO
65	41 - 49	FEMENINO	ENFERMERIA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	1 - 3MIN	SI	SI	BAJO	MEDIO	BAJO
66	41 - 49	FEMENINO	ENFERMERIA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	1 - 3MIN	SI	SI	BAJO	MEDIO	BAJO
67	41 - 49	FEMENINO	ENFERMERIA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	1 - 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	BAJO

68	41 - 49	FEMENINO	ENFERMERIA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	1 - 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	BAJO
69	41 - 49	FEMENINO	ENFERMERIA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	1 - 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	BAJO
70	41 - 49	FEMENINO	ENFERMERIA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	1 - 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	MEDIO
71	41 - 49	FEMENINO	ENFERMERIA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	1 - 3MIN	NO	NO	BAJO	MEDIO	MEDIO
72	41 - 49	MASCULINO	ENFERMERIA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	1 - 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	MEDIO
73	41 - 49	MASCULINO	ENFERMERIA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	+ 3MIN	NO	NO	BAJO	MEDIO	MEDIO
74	41 - 49	FEMENINO	ENFERMERIA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	+ 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	MEDIO
75	41 - 49	FEMENINO	ENFERMERIA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	+ 3MIN	NO	NO	BAJO	MEDIO	MEDIO
76	41 - 49	FEMENINO	ENFERMERIA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	1 - 3MIN	NO	NO	BAJO	MEDIO	MEDIO
77	41 - 49	FEMENINO	ENFERMERIA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	1 - 3MIN	NO	NO	BAJO	MEDIO	MEDIO
78	41 - 49	FEMENINO	ENFERMERIA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	1 - 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	MEDIO
79	32 - 40	FEMENINO	ENFERMERIA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	1 - 3MIN	NO	NO	BAJO	MEDIO	MEDIO
80	41 - 49	MASCULINO	OBSTETRICIA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	1 - 3MIN	NO	NO	BAJO	MEDIO	MEDIO
81	41 - 49	FEMENINO	OBSTETRICIA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	1 - 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	MEDIO
82	41 - 49	FEMENINO	OBSTETRICIA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	1 - 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	MEDIO
83	41 - 49	FEMENINO	OBSTETRICIA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	1 - 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	MEDIO
84	41 - 49	FEMENINO	OBSTETRICIA	SEGUNDO PISO	+ 5AÑOS	1 - 3MIN	NO	NO	BAJO	MEDIO	MEDIO

85	41 - 49	FEMENINO	OBSTETRICIA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	1 - 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	MEDIO
86	41 - 49	MASCULINO	OBSTETRICIA	SEGUNDO PISO	+ 5AÑOS	1 - 3MIN	NO	NO	BAJO	MEDIO	MEDIO
87	41 - 49	FEMENINO	OBSTETRICIA	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	+ 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	MEDIO
88	32 - 40	FEMENINO	ODONTOLOGIA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	+ 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	MEDIO
89	23 - 31	FEMENINO	ODONTOLOGIA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	+ 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	MEDIO
90	41 - 49	FEMENINO	ODONTOLOGIA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	+ 3MIN	NO	NO	BAJO	MEDIO	MEDIO
91	23 - 31	FEMENINO	ODONTOLOGIA	SEGUNDO PISO	+ 5AÑOS	+ 3MIN	NO	NO	BAJO	MEDIO	MEDIO
92	32 - 40	FEMENINO	ODONTOLOGIA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	+ 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	MEDIO
93	32 - 40	FEMENINO	ODONTOLOGIA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	+ 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	MEDIO
94	23 - 31	FEMENINO	ODONTOLOGIA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	+ 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	MEDIO
95	41 - 49	FEMENINO	ODONTOLOGIA	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	+ 3MIN	NO	NO	BAJO	MEDIO	MEDIO
96	23 - 31	FEMENINO	NUTRICION	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	+ 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	ALTO
97	23 - 31	FEMENINO	NUTRICION	SEGUNDO PISO	1 - 3AÑOS	+ 3MIN	NO	NO	BAJO	MEDIO	MEDIO
98	23 - 31	FEMENINO	NUTRICION	SEGUNDO PISO	4 - 5AÑOS	+ 3MIN	NO	SI	BAJO	MEDIO	ALTO

