



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACION**

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

**“IMPACTO DEL PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES DEL  
HÍGADO EN LA SALUD PÚBLICA, ESSALUD, LIMA-PERÚ 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:  
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA**

**AUTOR:**

**MG. PEDRO MARTIN PADILLA MACHACA**

**ASESOR:**

**DR CARLOS GERMAN MEDINA SORIANO**

**JURADO:**

**DR. ELIAS MELITÓN ARCE RODRÍGUEZ**

**DR. GLENN ALBERTO LOZANO ZANELLY**

**DRA. GLORIA ESPERANZA CRUZ GONZALES**

**LIMA-PERÚ**

**2019**



### **Dedicatoria**

El trabajo está dedicado a todas las personas que me enseñaron a conocer el mundo de las enfermedades del hígado y a mi familia que han sido el estímulo del desarrollo de la presente investigación.

## **Agradecimiento**

Para los docentes de la EUPG de la  
Universidad Nacional Federico Villarreal  
por sus valiosas enseñanzas.

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Descripción del problema (a nivel local y global).....	2
1.3. Formulación del Problema.....	5
• Problema General.....	5
• Problemas Específicos.....	5
1.4. Antecedentes.....	6
1.5. Justificación de la investigación.....	6
1.6. Limitaciones de la investigación.....	8
1.7. Objetivos.....	8
• Objetivo general.....	8
• Objetivos específicos.....	8
1.8. Hipótesis	
• Hipótesis principal.....	9
• Hipótesis Específicas.....	9
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>10</b>
2.1. Marco conceptual.....	10
• Antecedentes internacionales.....	12
• Antecedentes nacionales.....	20
2.2. Marco filosófico.....	24
• El Hígado y las enfermedades hepáticas.....	24
2.3. Teorías generales relacionadas sobre el tema.....	26
2.3.1. Programa Nacional de Enfermedades del Hígado.....	26
2.3.2. Población Objetivo.....	28
2.3.3. Demanda – Asegurados y No Asegurados.....	28

2.3.4. Oferta de ESSALUD.....	30
2.3.5. Ámbito geográfico de intervención.....	31
2.3.7. Viabilidad.....	32
2.3.7. Marco Conceptual.....	33
2.3.8. Análisis del ambiente de negocios y mercado.....	33
2.3.9. Entorno actual y proyectado.....	36
2.4. Propuesta de funcionamiento y evaluación del Programa.....	38
2.4.1. Indicadores del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado.....	39
2.4.2. Organización funcional.....	40
2.4.3. Mecanismos de coordinación.....	43
2.4.4. Planeamiento del programa.....	45
2.4.5. Registro e información.....	48
2.4.6. Evaluación y análisis de los indicadores.....	49
2.4.7. Mercado potencial.....	49
2.4.8. Ámbito de EsSalud.....	54
2.5. Marco conceptual.....	55
2.6. Marco legal.....	57

**III: MÉTODO .....58**

3.1. Tipo de investigación.....	58
3.2. Población y muestra.....	58
3.3. Operacionalización de variables.....	59
3.4. Instrumentos.....	61
3.5. Procedimientos.....	61
3.6. Análisis de datos.....	62
3.7. Consideraciones éticas.....	63

**IV. RESULTADOS..... 64**

<b>V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>86</b>
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>91</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES.....,</b>	<b>92</b>
<b>VIII: REFERENCIAS.....-</b>	<b>93</b>
<b>IX. ANEXOS.....</b>	<b>97</b>

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal, determinar el impacto en la Salud Pública del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado, EsSalud, Lima – Perú 2017.

La investigación fue aplicada de nivel descriptivo con un diseño “De Campo”, ya que parte del conocimiento del comportamiento de las enfermedades del hígado en nuestra población (EsSalud), su problemática y las posibles alternativas de solución para identificarlas y tratarlas desde el punto de vista de la salud pública.

Se utilizaron como instrumentos una ficha de recolección de datos validados y confiables. Se comprobó la hipótesis sobre el impacto positivo en la Salud Pública del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado (PNEH) en EsSalud.

Las actividades que se plantean en nuestro estudio son en su mayoría positivas con 86.7%. La organización propuesta es de tipo funcional, influenciado por un nivel normativo y con mecanismos de coordinación mediante el sistema de redes en un 73.3% y contrarreferencia en un 80%.

En el planeamiento estratégico del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado (PNEH) en EsSalud se tiene una programación de actividades en un 86.7, mientras que el registro, información y evaluación se da en un 80%.

**Palabras claves:** Programa Nacional de enfermedades del hígado, Salud Pública, EsSalud.



## **ABSTRACT**

The main objective of this research work was to determine the Public Health impact of the National Liver Disease Program, EsSalud, Lima - Peru 2017.

The research was applied at a descriptive level with a “Field” design, since part of the knowledge of the behavior of liver diseases in our population (EsSalud), its problems and possible alternative solutions to identify and treat them from the point of view of public health.

A validated and reliable data collection sheet was used as instruments. The hypothesis about the positive impact on Public Health of the National Liver Disease Program (PNEH) in EsSalud was tested.

The activities proposed in our study are mostly positive with 86.7%. The proposed organization is functional, influenced by a regulatory level and with coordination mechanisms through the network system at 73.3% and 80% counter-reference.

In the strategic planning of the National Liver Disease Program (PNEH) in EsSalud there is an activity schedule in 86.7, while the registration, information and evaluation is given in 80%.

**Key words:** National Program of diseases of the liver, Public Health, EsSalud.

## RESUMO

O principal objetivo deste trabalho de pesquisa foi determinar o impacto na Saúde Pública do Programa Nacional de Doença Hepática, EsSalud, Lima - Peru 2017.

A pesquisa foi aplicada em nível descritivo, com delineamento em “Campo”, uma vez que parte do conhecimento do comportamento das doenças hepáticas em nossa população (EsSalud), seus problemas e possíveis soluções alternativas para identificá-las e tratá-las desde o ponto de vista visão da saúde pública.

Uma folha de coleta de dados validada e confiável foi usada como instrumento. Foi testada a hipótese sobre o impacto positivo na Saúde Pública do Programa Nacional de Doença Hepática (PNEH) no EsSalud.

As atividades propostas em nosso estudo são principalmente positivas, com 86,7%. A organização proposta é funcional, influenciada por um nível regulatório e com mecanismos de coordenação através do sistema de rede em 73,3% e 80% de contra-referência.

No planejamento estratégico do Programa Nacional de Doença Hepática (PNEH) no EsSalud, existe um cronograma de atividades em 86,7, enquanto o registro, a informação e a avaliação são dados em 80%.

**Palavras-chave:** Programa Nacional de Doenças do Fígado, Saúde Pública, EsSalud.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La propuesta de creación del Programa Nacional de enfermedades del Hígado. (PNEH) EsSalud, con autonomía de gestión, responde a la necesidad de implementar un Programa de Salud integral, que tome en cuenta la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento incluyendo trasplante, además de la recuperación de los pacientes con patología hepática referidos de centros asistenciales de menor nivel resolutivo pertenecientes a la Red, y que potencialmente podrá atender a los pacientes no asegurados en el futuro próximo, en ese tipo de enfermedad. Diseñará y desarrollará propuestas técnicas que serán la base de normas, de estrategias de intervención social, investigación y transferencia de tecnologías en el campo de las enfermedades del hígado en el Perú, realizando también investigación, capacitación, y sensibilización a los diferentes sectores de la sociedad civil.

El Programa Nacional de Enfermedades del Hígado, estará conformado por un equipo multidisciplinario de salud de alta especialización, que pertenecen a nuestra institución. Los integrantes han sido los pioneros de esta especialidad, y su labor ha sido reconocida por los resultados obtenidos a través de los años en los tratamientos aplicados y los trasplantes realizados logrando recuperar a pacientes cuya afección de órgano era muy avanzada y grave.

Es importante recordar una alta prevalencia e incidencia de enfermedades hepáticas, la especialización generada en esta rama de la medicina no es muy conocida en el país, y los casos existentes a nivel nacional son en su gran mayoría atendidos en Lima debido a que en el interior del país no se encuentran recursos humanos con una formación integral en el conocimiento y tratamiento de las enfermedades del hígado.

En la investigación se ha trabajado los siguientes aspectos:

I. Introducción Planteamiento del Problema, se presenta la descripción del problema, lo que permite la formulación del problema, los antecedentes, la justificación de la investigación, las limitaciones encontradas, los objetivos y la Hipótesis.

II. Marco teórico, se presentan los antecedentes teóricos, el marco filosófico, se describen las teorías generales y especializadas; así como el marco conceptual, lo que permite dar sustento al trabajo de investigación.

III: Método, se selecciona el tipo de investigación, la determinación de la población y la muestra, la operacionalización de las variables, validez del instrumento y las técnicas para el procesamiento de los datos y las consideraciones éticas.

IV: 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 prueba de la hipótesis.

V: Discusión, se realiza la discusión de los resultados comparándolos con otros investigadores.

VI. Conclusiones

VII. Recomendaciones las cuales se han desprendido de los objetivos de la investigación.

### **1.1. Planteamiento del Problema.**

En EsSalud, en general existe una gran brecha en la atención preventivo promocional, no se cuenta con un Programa Nacional de Enfermedades del Hígado, siendo de gran relevancia presentar una nueva forma de gestión para tratar la problemática de salud existente en lo que a enfermedades del hígado se refiere. El Programa se desarrollará tomando en cuenta los objetivos estratégicos institucionales y la misión de ofrecer una atención integral y de calidad, para ello es importante tomar en cuenta lo siguiente:

- Estar preparado a nivel del país, involucrando y coordinando con todas las organizaciones que se encuentren relacionados al Programa.
- Estar basado en el análisis de situación de salud nacional, abordando tanto las prioridades como las brechas identificadas dentro del marco existente.
- Ser desarrollado con la debida consideración a los instrumentos existentes.
- Mejorar el uso de los procedimientos y recursos existentes en este campo.
- Mejorar la coordinación entre las partes involucradas a través de objetivos comunes y programas de trabajo conjunto, haciendo más eficiente los recursos y conseguir mejores resultados como resultado de las sinergias desarrolladas.
- Tener respaldado en términos de presupuesto y asignación de los recursos humanos.

## **1.2. Descripción del Problema (a nivel local y global)**

Las enfermedades crónicas que afectan al hígado tienen un impacto negativo en la sobrevida y la calidad de vida de los pacientes afectados. La enfermedad hepática crónica y sus complicaciones constituyen, la novena causa de muerte en E.E.U.U. y la quinta en México. En el Perú, la cirrosis hepática es la quinta causa de muerte y es una de las más importantes causas de mortalidad dentro de las enfermedades del aparato digestivo para el año 2015. En ese sentido, las enfermedades del hígado son responsables de gran parte de la carga de enfermedad expresada por la morbimortalidad, así como los años de vida perdidos con discapacidad en nuestra población. De todas las instituciones de salud, solamente el MINSA, cuenta con un programa nacional de hepatitis viral, con mínimos recursos materiales y humanos; con una norma técnica de hepatitis B (dentro de la estrategia de VIH-SIDA); mientras que, en las otras instituciones de salud, no existe un programa Nacional de Hepatitis; y no

se cuentan con actividades, planes, ni programas de salud aislados o específicos relacionados a las enfermedades del hígado.

En ese sentido el Programa Nacional de Enfermedades del Hígado (PNEH), propone desarrollar políticas, estrategias, metas y actividades que tienen como objetivo promocionar, prevenir, diagnosticar, tratar, controlar, seguir y monitorear de una manera integrada, los 4 grandes grupos de enfermedades hepáticas que existen: Hepatitis B, Hepatitis C, Cirrosis Hepática y Cáncer de hígado.

Para lograr resultados exitosos, se integran recursos humanos calificados, materiales y presupuestos necesarios para su ejecución. Las actividades del programa se desarrollarán en los establecimientos de EsSalud, teniendo en cuenta su nivel de complejidad y estarán a cargo de un equipo multidisciplinario de salud. La Población objetivo son los asegurados en general, teniendo como ámbito de aplicación a la comunidad y a los centros asistenciales.

A nivel comunitario se realizarán acciones de promoción para una vida saludable y prevención de las enfermedades hepáticas, en coordinación con los diferentes actores sociales. En los Centros asistenciales se realizarán acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad hepática: Hepatitis B, Hepatitis C, Cirrosis Hepática y Cáncer de hígado: UBAPS, CAP I (Posta Medica, CAP II (Centro Médico), CAP III (Policlínico), Hospitales I y II y en los centros asistenciales de EsSalud, que cuenten con población adscrita. El seguimiento del paciente con diagnóstico de enfermedad hepática se realizará en los diferentes establecimientos de acuerdo con el nivel de complejidad. El manejo y tratamiento del paciente con diagnóstico de enfermedad hepática complicada o avanzada se realizara en los hospitales III, IV, Nacionales o Institutos de Salud, garantizando el adecuado tratamiento médico, optimizando el tratamiento con medicamentos de alto costo: antivirales, inmunosupresores,

vasopresores, antibióticos, fármacos biológicos, procedimientos invasivos (TIPS, medición de gradiente de presión portal, TACE, radiofrecuencia) y/o quirúrgico (resección tumoral, cirugía hepatobiliar compleja y trasplante hepático).

En el presente trabajo de investigación, se han trabajado los siguientes aspectos: los niveles de la organización funcional de los establecimientos de salud, los mecanismos de coordinación, el planeamiento del programa y el registro e información.

El desarrollo de la presente investigación se realizó tomando en cuenta los siguientes aspectos:

Capítulo I: Planteamiento del Problema, se ha considerado tomar en cuenta la descripción del problema para luego formular la pregunta investigativa, los objetivos y la justificación del trabajo de investigación.

Capítulo II: Marco teórico, se describen las teorías, los antecedentes teóricos, el marco filosófico, conceptual y legal que fundamentaran las hipótesis del trabajo de investigación.

Capítulo III: Método, se precisa la descripción metodológica aplicada a la investigación describiéndose el tipo, nivel y diseño, la población y muestra. Además, se describen las técnicas y el instrumento para la recolección de la información, el análisis de los resultados y el desarrollo de los aspectos éticos.

Capítulo IV: Presentación de los resultados, mediante el uso de las tablas o gráficos. Los resultados son presentados para su interpretación incluyendo el análisis de la prueba de hipótesis.

Capítulo V: Discusión, es de suma importancia desarrollar el análisis de los datos, empleando los resultados y comparándolos con investigaciones relacionadas al tema, posteriormente se formulan las conclusiones y recomendaciones.

### **1.3. Formulación del problema**

Descrita la realidad problemática nos planteamos las preguntas de investigación.

- **Problema General.**

¿Cuál es el impacto que genera en la Salud Pública el Programa Nacional de Enfermedades del Hígado del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud, Lima –Perú 2017?

- **Problemas Específicos.**

- ¿Cuáles son los niveles de la organización funcional del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud?
- ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado con otras entidades de la Red de EsSalud?
- ¿De qué manera se debe realizar el planeamiento del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud?
- ¿Cómo debe ser el registro e información del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud?

### **1.4 Antecedentes**

En el Perú, la tasa de mortalidad anual por cirrosis hepática es de 10,45 por cada 100,000 habitantes, y la tasa de mortalidad por cáncer hepático es de 0,98 por cada 100,000 habitantes. En las zonas endémicas, alrededor de un 7% de las defunciones por hepatopatía están relacionadas con la hepatitis B, incluidos el cáncer hepático, la cirrosis y la hepatitis fulminante. (Medianero Burga, 2014)



Las cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado, son la quinta causa de mortalidad en el Perú, con una tasa de 23.4 por cien mil hab. A nivel de regiones naturales, la Sierra es la que presenta las mayores tasas, siendo 2.4 y 1.9 veces más que en la Costa y Selva respectivamente.

La cirrosis hepática ocupa el 2° lugar entre las enfermedades digestivas y hepatobiliares en el Perú. Así mismo constituye la 1° causa de muerte entre las defunciones registradas para el grupo etario de 20 a 64 años. (Medianero Burga, 2014)

A pesar de ser considerada un problema de salud pública que requiere acciones claras para prevenirla, no se dispone de la suficiente información acerca de sus características epidemiológicas y clínicas. Esta situación limita las posibilidades de intervención de las pautas preventivas y asistenciales más adecuadas, a la realidad peruana, para la eliminación o el control de los principales factores causales de esta enfermedad. (Medianero Burga, 2014)

## **1.5. Justificación**

Se plantean los siguientes motivos para justificar que este estudio deba efectuarse:

- **Teórica:**

El trabajo permitió revisar el marco conceptual y teórico sobre el contenido metodológico de un Programa Nacional de Enfermedades del Hígado.

- **Práctica:**

El trabajo permitió analizar la situación de los pacientes asegurados de Es Salud con enfermedades al hígado, identificando su realidad para establecer estrategias de intervención, siendo una de ellas, la propuesta de la implementación de un Programa Nacional de Enfermedades del Hígado.

- **Metodológica:**

El trabajo pretende mejorar la Salud Pública de los pacientes asegurados de EsSalud, siendo indispensable el diseño de instrumentos de evaluación que contribuyan a evaluar la efectividad de la Propuesta del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado.

- **Pertinencia:**

El índice de las enfermedades del Hígado en Es Salud validan el desarrollo de la presente investigación, al considerarse que el aporte del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en la optimización de la oferta para mejorar la Salud Pública es de suma importancia.

- **Viabilidad:**

La investigación fue posible gracias al apoyo que recibió el investigador en EsSalud a través del Jefe de Departamento de Trasplantes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

- **Importancia.**

La investigación fue importante porque después de la evaluación y reconocimiento de las Enfermedades del Hígado en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, se propuso el diseño e implementación del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud, orientado a brindar una atención integral de salud para todos los pacientes asegurados perteneciente a EsSalud.

## **1.6. Limitaciones.**

En el desarrollo de la investigación se presentaron limitaciones como el tiempo en el proceso de recolección de datos, el presupuesto limitado con que se contaba, la muestra de los encuestados y el potencial impacto de la propuesta.

- El investigador contó con una escasa disponibilidad de tiempo para llevar a cabo la investigación, lo cual se superó reajustando el cronograma de actividades.
- El presupuesto de la investigación fue reajustado tomando en cuenta que fue autofinanciado por el investigador.
- Se tomaron en cuenta las características profesionales del personal de salud que laboran en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud y que formarán parte del presente estudio.

### **1.7. Objetivos**

Los objetivos de la investigación fueron planteados para el abordaje de una problemática específica que permitió determinar el impacto en la Salud Pública del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en un Hospital Nacional.

- **Objetivo General.**

Determinar el impacto que genera en la Salud Pública el Programa Nacional de Enfermedades del Hígado del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud, Lima –Perú 2017.

- **Objetivos Específicos.**

- Identificar los niveles de la organización funcional del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud, Lima –Perú 2017.
- Identificar los mecanismos de coordinación del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado con la Red de EsSalud, Lima –Perú 2017.
- Diseñar el planeamiento del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en Es Salud, Lima –Perú 2017.

- Identificar el registro e información del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud, Lima –Perú 2017.

## **1.8. Hipótesis**

- **Hipótesis principal.**

El Programa Nacional de Enfermedades del Hígado del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud genera un impacto positivo en la Salud Pública en Lima –Perú 2017.

- **Hipótesis Específicas.**

- La organización funcional del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud tiene un nivel normativo, conductor y ejecutor
- Los mecanismos de coordinación del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado son a través de sistema de redes de referencia y contrarreferencia con otras entidades de la Red de EsSalud
- El planeamiento del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud comprende programación, actividades, registro, información y evaluación.
- El Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud debe contar con instrumentos de registro e información

### **Estrategias de pruebas de hipótesis**

Para la comprobación de la hipótesis se realizó las tablas y gráficas correspondientes con los resultados sobre el Diseño e implementación del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en el Departamento de Trasplantes y el Servicio de Trasplante de Hígado del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Marco conceptual

#### 2.1.1. Componentes básicos de un programa de salud.

Un Programa Nacional de Salud es el Instrumento Técnico-Administrativo sistematizado, coherente y lógico que permite cumplir con lo planteado como políticas y estrategias. Se implementa para solucionar un problema mediante el desarrollo de actividades, acciones o tareas descritas de acuerdo con la coherencia de objetivos y metas propuestas.

- **Introducción:** Se describen el propósito o finalidad, los objetivos, procedimientos, y la importancia de la implementación del Programa.
- **Antecedentes:** Se inicia con la identificación del diagnóstico situacional o problemática identificada, la misma que pretende ser abordada en forma coherente con la finalidad de mejorar o cambiar la situación problemática.
- **Justificación:** Se describe el por qué y para qué del programa. De acuerdo con las características demográficas de la población tratando de describir a cuanta gente afecta el problema de salud y cuál es la población que por sus características está sujeta al riesgo de presentar dicho problema.
- **Objetivos:** Deberán plantearse de forma clara, precisa, coherente y sencilla. Favorecen la definición de las metas y logros que logran con el desarrollo del programa. Se inicia con un verbo en infinitivo. Se clasifican en objetivos generales y específicos. Deberán ser medibles y alcanzables de acuerdo con el planteamiento coherente con el presupuesto existente para su ejecución.
- **Metas:** Las metas permiten cuantificar lo propuesto en los objetivos. Se expresa en porcentaje. Deberán describirse puntualmente y demostrar ser medible.

- **Universo:** Es la población o unidad de análisis que accederán al desarrollo del Programa y sobre el cual se desarrollarán los objetivos y se alcanzarán las metas propuestas.
- **Delimitación:** Los límites del proyecto se desarrollará tomando en cuenta el espacio para la implementación del Programa y la duración de este.
- **Organización:** El Programa se desarrollará tomando en cuenta la organización de acuerdo con el número de funcionarios y su distribución jerárquica de acuerdo al nivel de responsabilidad. Se tomarán en cuenta el establecimiento de funciones y responsabilidades.
- **Recursos:** El Programa se desarrollará tomando en cuenta la dotación de personal idóneo para el cumplimiento de las funciones y el equipamiento o la utilización del recurso material necesario para cumplir con los objetivos y metas propuestas. En ambos se deberá tomar en cuenta el cronograma de actividades y lo planteado como presupuesto.
- **Actividades:** Deben tener coherencia con los objetivos, metas y presupuesto planteado. Se plantean tomando en cuenta límite de tiempo, responsable y costos de las actividades.
- **Supervisión:** Este procedimiento se cumple con la finalidad de identificar los puntos débiles para implementar las medidas correctivas coherente con las ocurrencias o los casos específicos. Su desarrollo permitirá alcanzar las metas y objeto propuestos.
- **Evaluación:** Es un proceso inmerso en las diferentes etapas del desarrollo del Programa para su implementación se deberá tomar en cuenta la información necesaria de fuente primaria para tomar decisiones para el manejo correctivo de las situaciones particulares que se presten en el desarrollo del Programa.
- **Cronograma:** Se describen las actividades programadas de acuerdo con un cronograma de trabajo en semanas o meses.
- **Bibliografía:** Se describen las fuentes consultadas de acuerdo con los aprobados identificados por los autores.

- Anexos: Contienen los documentos de apoyo para la implementación y el desarrollo del programa.

### **2.1.2. Antecedentes internacionales.**

Del Valle Díaz et al (2015) “Enfermedad hepática por depósito de grasa” Hospital Provincial Docente Clínico quirúrgico “Saturnino Lora Torres”, Santiago de Cuba, Cuba. La enfermedad hepática por depósito de grasa adquiere cada vez una importancia mayor como entidad y, al mismo tiempo, como factor de riesgo aislado o asociado al síndrome metabólico. Con el objetivo de actualizar algunos aspectos relacionados con esta hepatopatía, tales como su actual nomenclatura y nuevo enfoque etiopatogénico, se efectuó la presente revisión bibliográfica desde una perspectiva clínica, la que incluye datos elementales sobre la fisiopatología y las características de presentación de la entidad, así como las principales armas utilizadas en su diagnóstico, control o terapéutica. Se demuestra, además, que la visión sobre el tema ha cambiado en los últimos años y constituye fuente de investigación en múltiples grupos prestigiosos por las particularidades de su evolución.

Organización Mundial de la Salud (2014) “Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014”. La Organización Mundial de la Salud acude a muchas fuentes para compilar las Estadísticas Sanitarias Mundiales, entre ellas sistemas públicos de registro de nacimientos y defunciones, registros de hospitales, encuestas de hogares, censos, registros certificados de gastos y datos obtenidos de proyectos de investigación. En los últimos decenios la esperanza de vida ha mejorado mucho en el mundo. La cirrosis hepática ocupa el puesto 17 dentro de las 20 primeras causas de muerte prematura de hombres y mujeres a nivel mundial al año 2012. En el año 2012, alrededor de 44 millones (6,7%) de menores de 5 años tenían sobrepeso o eran obesos, mientras que en 1990 eran solo 31 millones (5%).

Mokdad, et al. (2014) “La mortalidad por cirrosis hepática en 187 países 1980 y 2010: un análisis sistemático” La cirrosis hepática es una causa importante, pero en gran parte prevenible y subestimada de la pérdida de salud global. Las variaciones de la mortalidad por cirrosis a nivel nacional reflejan diferencias en la prevalencia de factores de riesgo como el consumo de alcohol y la infección por hepatitis B y C. Estimamos la mortalidad anual por edad específica de la cirrosis hepática en 187 países entre 1980 y 2010. Métodos: Recopilamos sistemáticamente datos de registro vital y autopsia verbal sobre la mortalidad por cirrosis hepática durante el período de 1980 a 2010. Corregimos la mala clasificación de las defunciones, que incluyeron muertes atribuidas a causas improbables o no fatales. Se utilizaron modelos para estimar la mortalidad por cirrosis hepática por edad, sexo, país y año. Utilizamos la validez predictiva fuera de la muestra para seleccionar el modelo óptimo. Resultados: Las muertes por cirrosis hepática global aumentaron de alrededor de 676.000 (95% de intervalo de incertidumbre: 452.863 a 1.004.530) en 1980 a más de 1 millón (1.029.042, 670.216 a 1.554.530) en 2010 (alrededor del 2% del total mundial). En el mismo período, la tasa de mortalidad por cirrosis estandarizada por edad disminuyó en un 22%. Esto se debió en gran medida a la disminución de las tasas de mortalidad por cirrosis en China, Estados Unidos y países de Europa occidental. En 2010, Egipto, seguido por Moldova, presentó las tasas de mortalidad por cirrosis estandarizadas por edad más elevadas, 72,7 y 71,2 muertes por 100.000, respectivamente, mientras que Islandia presentó las tasas más bajas. En Egipto, casi una quinta parte (18,1%) de todas las muertes en varones de 45 a 54 años se debieron a cirrosis hepática. La mortalidad por cirrosis hepática en México es la más alta en América Latina. En Francia e Italia, la cirrosis hepática se redujo la mortalidad en un 50% a 60%; Por el contrario, en el Reino Unido, la mortalidad aumentó alrededor de un tercio. La mortalidad por cirrosis hepática también fue relativamente alta en los países de Asia Central, en particular en Mongolia, Uzbekistán y Kirguistán, y en algunas partes del



África subsahariana, en particular en Gabón. Conclusiones: La cirrosis hepática es una causa importante de la carga sanitaria global, con más de un millón de muertes en 2010. Nuestro estudio identifica áreas con alta y / o aumento rápido de la mortalidad, donde las medidas preventivas para controlar y reducir los factores de riesgo de cirrosis hepática deben ser reforzadas urgentemente.

Lopez-Velasquez, (2014) “The prevalence of nonalcoholic fatty liver disease in the Americas”. Unidad de Investigación Clínica Médica Sur. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina UNAM. Ciudad de México y Departamento de Gastroenterología. Pontificia Universidad Católica de Chile. La enfermedad grasa no alcohólica del hígado (EGNAH) es un alarmante problema de salud pública. Esta enfermedad es una de las principales causas de enfermedad hepática crónica en el mundo y está directamente ligado al incremento de la prevalencia de obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en la población general. La prevalencia mundial de EGNAH ha sido estimada entre 20-30%, pero la prevalencia es desconocida en las Américas debido a una falta de estudios epidemiológicos. Sin embargo, dado el incremento de la prevalencia de diabetes y obesidad, la prevalencia de la EGNAH y sus consecuencias se espera que se incrementen en el futuro cercano. En este estudio se hizo una búsqueda electrónica entre enero del 2000 y setiembre del 2013 identificándose 356 estudios. La prevalencia encontrada de síndrome metabólico fue más alta comparada con USA, México, Costa Rica, Puerto Rico, Chile y Venezuela. En resumen, Puerto Rico, Guyana y México tuvieron las prevalencias más altas de diabetes tipo 2 en las Américas, mientras que en USA tiene más gente con diabetes tipo 2. En conclusión, las tasas de prevalencia de EGNAH y obesidad fueron más altas en USA, Belice, Barbados y México. Palabras clave: Obesidad. Síndrome metabólico. Diabetes Mellitus.

Blachier et al. (2013) “The burden of liver disease in Europe”. A review of available epidemiological data. Aproximadamente 29 millones de personas en la Unión Europea tienen alguna enfermedad hepática crónica. En esta revisión se analizan 260 estudios epidemiológicos publicados en los últimos 5 años. Los datos sugieren que la cirrosis hepática afecta al 0.1% de la población europea, correspondiendo a 14-26 nuevos casos/100,000 habitantes por año o de 170,000 muertes por año. Existen sin embargo grandes variaciones, 0.1% de varones húngaros murieron de cirrosis comparado con 0.001% de mujeres griegas cada año. El cáncer primario de hígado es la quinta causa de cáncer y una de las causas más comunes de cáncer en Europa. Se reportaron de 1-13 nuevos casos de cáncer hepático y de 1-10 muertes por 100,000 habitantes por año. De acuerdo con los estimados de la organización mundial de la salud el cáncer de hígado es responsable de 47,000 muertes por año en la unión europea. En relación con las hepatitis virales, entre 0.5 y 0.7% de la población europea esta afectadas por hepatitis B, siendo la más alta en Rumania (5.6%) y Grecia (3.4%). La hepatitis B es responsable del 30% de cirrosis y 15% de los casos de hepatocarcinoma. La prevalencia de hepatitis C estuvo entre 0.13 y 3.26%, siendo las más altas para Rumania. La prevalencia de EGNAH es del 2-44% en la población general de Europa (incluyendo niños obesos) y 42.6-69.5% en personas con diabetes tipo 2. Esta enfermedad incrementa el riesgo de cirrosis y cáncer hepático.

Zobair et al. (2010) “Cambios en la prevalencia de las causas más comunes del hígado crónico Enfermedades en los Estados Unidos de 1988 a 2008” Centro de Enfermedades Hepáticas, Inova Fairfax Hospital. Las enfermedades crónicas del hígado (CLD), principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Se evaluaron los cambios en la prevalencia de diferentes tipos de CLD en los Estados miembros. Las encuestas realizadas entre 1988 y 2008 se estiman los cambios en la prevalencia y los predictores de CLD. Se utilizaron datos serológicos y clínicos para establecer los diagnósticos de CLD en 39.500

adultos. Se realizaron análisis estadísticos con SUDAAN 10.0 (SAS Institute, Inc, Cary, NC). Un Análisis multivariado mostró que, durante todos los períodos de tiempo, la obesidad fue un predictor independiente de NAFLD. CONCLUSIONES: Las encuestas nacionales de examen de salud y nutrición, datos recogidos de 1988 a 2008 muestran que la prevalencia de las principales causas de CLD se mantuvo para el NAFLD, que aumentó constantemente, junto con la prevalencia de las condiciones metabólicas. Dado el aumento de las tasas de obesidad, se espera que la prevalencia de NAFLD contribuya sustancialmente a la carga de CLD en los Estados Unidos.

Domínguez (2013) “Etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del hígado graso no alcohólica”. Servicio de Aparato Digestivo y CIBER (Instituto de Salud Carlos III). Hospital Universitario La Princesa. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. La enfermedad por hígado graso no alcohólica (EHGNA) comprende un amplio abanico de alteraciones que va desde la esteatosis simple hasta la esteatohepatitis y la cirrosis. La diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad son los principales factores asociados a la EHGNA. Se ha descrito una prevalencia en la población general de entre el 20-30 %. La supervivencia de estos enfermos es menor que la población general, presentando una mayor incidencia de complicaciones hepáticas y cardiovasculares. La etiopatogenia es desconocida, pero se conoce la intervención de diferentes factores que provocan la acumulación de ácidos grasos en el parénquima hepático, produciendo una situación de estrés oxidativo, la formación de radicales libres de oxígeno y la síntesis de una cascada inflamatoria de citocinas que determinan la progresión de la enfermedad desde esteatosis hasta fibrosis avanzada. La prueba diagnóstica de elección continúa siendo la biopsia hepática, si bien el desarrollo de diferentes técnicas no invasivas, tanto serológicas como de imagen, ha abierto un nuevo campo de investigación que permite una evaluación incruenta de estos pacientes y un mejor estudio de la historia natural de la enfermedad. En la actualidad no existe un tratamiento

específico. El desarrollo de hábitos de vida saludables y el ejercicio físico moderado continúan siendo los pilares básicos. Se han investigado y aplicado diferentes aproximaciones farmacológicas incluyendo el control de la resistencia a la insulina, hipolipemiantes, antioxidantes y otras alternativas en vía experimental. Palabras clave: Esteatosis. Esteatohepatitis. Fibrosis. Hígado graso no alcohólico (EHGNA).

Szabo Shelag et al. (2012) “The epidemiologic burden of hepatitis C virus infection in Latin America”. La infección por el virus de la hepatitis C es el mayor y creciente problema de salud pública en el mundo, incluyendo a América Latina. Con el advenimiento de terapias eficaces disponibles, los responsables de las decisiones en salud deben estimar acuciosamente la prevalencia de la enfermedad para determinar el potencial impacto de las nuevas terapias. Sin embargo, existen escasos estimados de la carga de la enfermedad de forma global o por país en América Latina. En relación con esta realidad se revisaron 25 artículos de estimados de prevalencia basados en datos de la población general o donantes de sangre; para estimar el número total de personas infectadas con hepatitis C en nuestra región a 7.8 millones en el año 2010. De ellos más de 4.6 millones se espera que sean genotipo 1 beneficiándose de las nuevas terapias desarrolladas. Se calculó también que entre 1.6 y 2.3 millones de personas con genotipo 1. En conclusión, estos resultados demuestran la carga epidemiológica del virus de hepatitis C y la carga clínica de los pacientes con hepatitis C no tratados en América Latina. Palabras clave: VHC. Prevalencia. Enfermedad hepática. Carga.

Martins et al. (2011) “Epidemiology of hepatitis C virus infection”. La hepatitis C es la mayor causa de enfermedad hepática crónica en el mundo. Existe una significativa variación en la prevalencia de la hepatitis C de acuerdo con la región geográfica evaluada. Estas discrepancias reflejan no solamente distintas características epidemiológicas en la población, también diferencias en la metodología. A pesar de que los datos existentes son escasos, los

estimados indican que, en Brasil, la prevalencia de la infección VHC es intermedia, alrededor de 1 a 2%. Los factores de riesgo más importantes para la infección VHC incluyen uso de drogas intravenosas, productos sanguíneos, trasplante de órganos, hemodiálisis, exposición ocupacional, transmisión sexual y transmisión vertical. Debido a una falta de vacuna o efectiva profilaxis post exposición el principal foco de prevención es reconocer y controlar estos factores de riesgo.

Forner et al. (2010) “Current strategy for staging and treatment: the BCLC update and prospects”. El estadiaje y la indicación de tratamiento son tópicos relevantes en el manejo de los pacientes con carcinoma hepatocelular (HCC) y para óptimos resultados., ellos toman en cuenta la función hepática, el estadio tumoral y el estado físico del paciente, en este sentido los hallazgos del BCLC. Ello toma en cuenta los parámetros relevantes de todas las dimensiones y divide a los pacientes en muy temprano, temprano, intermedio, avanzado y de estadio terminal. El HCC temprano debe ser considerado potencialmente curativo con tratamientos tales como resección, ablación y el trasplante hepático. Los pacientes en estadio intermedio se benefician de quimioembolización transarterial (TACE), mientras que los pacientes con estadio avanzado o quienes no pueden beneficiarse con las terapias anteriormente mencionadas tienen al sorafenib como un tratamiento estandarizado. Finalmente, los pacientes en estado terminal solo reciben cuidados paliativos.

Arredondo et al. (2010) “Terapias actuales y emergentes en el hígado graso no alcohólico” Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente “Amalia Simoni” Camagüey, Cuba. El incremento de la obesidad, del síndrome metabólico y su subsiguiente manifestación hepática, el hígado graso no alcohólico, se ha convertido en una enfermedad muy común en la práctica médica. Muchos pacientes con esta enfermedad enfrentan complicaciones relacionadas con el síndrome metabólico en otros órganos y sistemas. Un significativo grupo de ellos presentan

una forma más agresiva del hígado graso, la Esteatohepatitis no alcohólica, con el riesgo de desarrollar cirrosis hepática y cáncer de hígado. Estos pacientes son generalmente asintomáticos, la enfermedad evoluciona encubierta, se hace el diagnóstico evidente por una biopsia de hígado. Una vez diagnosticado no existe un tratamiento que haya mostrado ser universalmente eficaz y los que muestran algún beneficio presentan muchos efectos adversos. Estos deben ir dirigidos a la disminución de la resistencia a la insulina, así como a combatir la necro inflamación y la fibrosis hepática. Estas terapias incluyen las modificaciones a los estilos de vida, terapias quirúrgicas, y farmacológica. Esta revisión se focaliza en las actuales terapias y las potencialmente futuras de la Esteatohepatitis no alcohólica.

Yang et al. (2010) "Hepatocelular carcinoma: A global view". El carcinoma hepatocelular (HCC) es un problema de salud global, sin embargo, en los países en vías d desarrollo son desproporcionalmente afectados: más del 80% de los HCC ocurren en tales regiones. Cerca de  $\frac{3}{4}$  de los HCC se deben a infecciones por VHB y VHC. En las áreas endémicas la transmisión viral ocurre a temprana edad y los individuos infectados desarrollaran HCC en la adultez intermedia. Debido a que afectan sus mayores años de vida productiva, el HCC se constituye en una carga de enfermedad importante en el sistema de salud mermando su capacidad productiva en los países de medianos y bajos ingresos mayormente afectados por las infecciones B y C. En los lugares diferentes niveles de recursos requieren diferentes estrategias para el óptimo manejo del HCC. En los lugares de mayores recursos, se deben aplicar las guías de la asociación americana para el estudio del hígado o de la Asociación europea para el estudio del hígado. En los lugares de bajos recursos el foco fundamental debe ser la atención primaria del HCC, a través de la vacunación universal, tomando precauciones y tratamiento antiviral. En los lugares de recursos intermedios. La infraestructura y la capacidad para realizar una ecografía, inyección de alcohol percutáneo, ablación por radiofrecuencia y la resección quirúrgica deben establecerse adecuadamente. Los programas

deben proveer terapia específica a bajo costo, similar a la experiencia con VIH en los países en vías de desarrollo.

Organización Mundial de la Salud (2010) “63 a Asamblea Mundial de la Salud”. Ginebra 2010. Este documento elaborado por los expertos de la OMS revisa en 2 de sus 28 resoluciones los temas de hepatitis virales y Trasplante de órganos y tejidos humanos. En el primer tema muestra su preocupación por la falta de progresos en materia de prevención y control de las hepatitis virales en los países en vías de desarrollo; adema se debe prestar especial atención a las hepatitis B y C, que son las que conllevan mayores tasas de morbilidad, resolviéndose que el día 28 de julio cada estado miembro se designe como el día mundial contra la hepatitis a fin de educar a la población y fortalecer las medidas preventivas y de control de esas enfermedades en los estados miembros. En cuanto al tema de los trasplantes, se toma conciencia de la magnitud y la mayor utilidad de los trasplantes de células, tejidos y órganos humanos para una gran variedad de afecciones, en los países de bajos y altos recursos por igual, resolviendo instar a sus estados miembros a promover el desarrollo de sistemas de donación altruista, voluntaria y no remunerada de células, tejidos y órganos. Además, se les pide aumentar la sensibilización pública y el conocimiento de los beneficios derivados de la provisión voluntaria y no remunerada de células, tejidos y órganos procedentes de donantes fallecidos o vivos. Por otro lado, se les proporciona asistencia técnica a los estados miembros que la soliciten para elaborar legislaciones y reglamentaciones nacionales sobre donación y trasplante facilitando la cooperación internacional.

### **2.1.3. Antecedentes nacionales.**

Padilla-Machaca et al. (2017) “Trasplante hepático en el Perú”. El artículo describe la historia del trasplante hepático en el Perú, desde los primeros intentos fallidos en el año 1974, hasta llegar a la experiencia exitosa del hospital Almenara iniciada en el año 2000 y

continuada ininterrumpidamente durante 17 años con 226 trasplantes de hígado realizados en el Hospital Almenara. Así mismo, hace una breve reseña del inicio de la actividad de nuevos programas de trasplante incipientes en el hospital Rebagliati a partir del año 2010 y en EsSalud Huancayo, en el año 2014. Así mismo hace una descripción y análisis de las indicaciones y beneficios del trasplante hepático en los pacientes cirróticos comparando sus resultados con otros centros internacionales. Por otro lado, muestra como ayudan los modelos pronósticos de sobrevida como el score de Child Pugh y el score de MELD para optimizar la priorización y distribución de los órganos donados. Finalmente muestran sus resultados a mediano y largo plazo, así como los costos calculados para la evaluación pretrasplante, el operativo quirúrgico de trasplante y el seguimiento durante el primer año post trasplante; así como el uso de los fármacos inmunosupresores.

Valdez Huarcaya et al. (2017) “Análisis de la Situación de Salud del Perú”. Este es el documento técnico más actualizado elaborado por los miembros de la dirección general de epidemiología del Ministerio de Salud sobre el estado de salud de la población peruana y de las condiciones que determinan conocer esta información, siendo la base para priorizar los problemas de salud de nuestro país y el insumo para la elaboración de las agendas sanitarias. Se muestra que las enfermedades digestivas se constituyen en la quinta causa de morbilidad. En cuanto a los determinantes relacionados a la oferta del sistema de salud, el 35% de los gastos en salud son asumidos por el bolsillo de los usuarios, observándose una diferencia de 5 unidades respecto al año 2016 (39.6%). El 75% de la población peruana al año 2015 se encuentra afiliada a algún tipo de seguro (45.1% del SIS y 23.9% de EsSalud) el 77% de la población rural se encuentra afiliada al SIS. En cuanto al análisis de mortalidad al año 2013, la cirrosis hepática se ubicó en el 5° lugar como causa de muerte en nuestro país. En cuanto a la determinación de las prioridades en salud en el Perú, tomando en cuenta aquellas enfermedades que producen mayor mortalidad general, producen mayor carga de



discapacidad, demandan mayor atención en consulta externa en los establecimientos de salud y de las enfermedades que producen mayor hospitalización en los establecimientos de salud, la cirrosis hepática se ubica dentro de las 21 enfermedades más importantes.

Bertani (2013) “An Atypical Age-Specific Pattern of Hepatocellular Carcinoma in Peru: A Threat for Andean Populations”. Se hizo un estudio retrospectivo de 1,541 historias clínicas con HCC entre 1997 y el 2010 en el Instituto Peruano de Enfermedades Neoplásicas. Las historias clínicas incluían pruebas de función hepática, estado serológico. El análisis estadístico fue realizado en función a caracterizar la presentación del tumor de acuerdo a los factores demográficos, factores de riesgo y la procedencia. Resultados: La distribución de los pacientes estudiados fue bimodal. El primero un grupo de mayor edad en el rango de edad observado para HCC en el mundo y otro con una población joven de 25.5 años. Conclusiones: El análisis sugiere que existen 2 historias naturales de HCC en la población peruana.

Marchio et al. (2014) “A Peculiar Mutation Spectrum Emerging from Young Peruvian Patients with Hepatocellular Carcinoma” El carcinoma hepatocelular usualmente afecta a los individuos en la adultez. En el Perú el HCC existe en una sola presentación en pacientes menores de 25 años con un hígado saludable. Se realizó una evaluación de 80 personas con diagnóstico de hepatocarcinoma. Se encontraron 9 genes típicamente alterados durante la carcinogénesis hepática Ej: ARID2, AXIN1, BRAF, ¡CTNNB!, NFEL”, H/K/N/RAS y el TP53. El espectro de la mutación en lo pacientes peruanos fue único con una clase. No hubo cambios en la mutación representada por inserciones y deleciones en la mitad de los especímenes analizados. Estos resultados confirman la especificidad dl carcinoma hepatocelular peruano a nivel molecular.

Chaman Ortiz et al. (2010) “10 Años de Trasplante Hepático en el Perú” Servicio de Trasplante de Hígado. Departamento de Trasplantes Hospital del HNGAI, El artículo revisa la experiencia única en el Perú de 10 años de trasplantes realizada por el departamento de

trasplantes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), describiendo la historia, resultados quirúrgicos en adultos y niños, retrasplantes, trasplantes combinados hígado-riñón, las diferentes complicaciones encontradas y toda la experiencia recogida en los 72 trasplantes realizados hasta la presentación de este artículo. Palabras clave: Trasplante hepático, Complicaciones, Perú.

Tagle (2010) “Hígado Graso no Alcohólico” Universidad Peruana Cayetano Heredia. La enfermedad del Hígado Graso No Alcohólico y la forma más agresiva de esta, la Esteatohepatitis No Alcohólica son problemas que están llegando a ser tema de interés en la comunidad Médica en general, especialmente debido a la creciente frecuencia de diabetes y obesidad en la población mundial. Existen fuertes evidencias que vincularían la enfermedad del Hígado Graso No Alcohólico con el tan conocido síndrome metabólico o síndrome X, hasta el punto de aceptar esteatosis hepática y su espectro como un elemento más de este último, acompañado de diabetes, hipertensión, hiper trigliceridemia y obesidad. Al parecer la resistencia a la insulina sería lo que estas enfermedades tendrían en común. La histología del hígado en hígado graso no alcohólico es indiscutiblemente producto de hepatitis alcohólica, aunque el curso clínico generalmente es más benigno. A pesar de este curso clínico largo y lento, un importante número de pacientes tienen complicaciones de cirrosis incluyendo carcinoma hepatocelular, y muchos de ellos requieren trasplante de hígado. En la actualidad, no existe un tratamiento farmacológico específico para la enfermedad de hígado graso no alcohólico ni para esteatohepatitis no alcohólica. El cuerpo actual de evidencia y algunos estudios piloto sugirieron que el futuro debe concentrarse en agentes que perfeccionen la resistencia a la insulina. Mientras tanto, debemos hacer lo mejor para estudiar la prevalencia de la enfermedad de Hígado Graso No Alcohólico en nuestro país y, cuando sea clínicamente pertinente, estudiar histológicamente a aquellos pacientes con alto riesgo de fibrosis.

## **2.2. Marco filosófico**

### **2.2.1. El Hígado y las enfermedades hepáticas.**

El hígado es el segundo órgano más grande del cuerpo humano después de la piel, y es el mayor órgano interno en el ser humano. Se considera que el hígado a diferencia de otros órganos integra las funciones de varios órganos en uno solo de manera compacta: manteniendo la homeostasis, el medio interno, produciendo y transformando prácticamente todas las proteínas y lípidos que necesitan nuestro organismo, produce prácticamente todos los factores de coagulación y es el órgano más importante del sistema inmune. Todo ello conlleva a que lo consideremos como un órgano vital para la supervivencia. (Robinson & Hort, 2012)

En cuanto a las infecciones agudas, la hepatitis A es un tipo de hepatitis causada por el virus de la hepatitis A (VHA). La enfermedad se disemina principalmente a través de agua o alimentos contaminados con heces de una persona infectada.

El Virus de hepatitis A (VHA) puede causar inflamación del hígado, pero rara vez provoca lesiones permanentes. La persona infectada puede estar asintomática o tener síntomas gripales. El cuadro suele mejorar espontáneamente al cabo de algunas semanas. Esta infección puede prevenirse con vacuna y con hábitos saludables como el lavado de manos antes de preparar alimentos, después de ir al baño o de cambiar un pañal. Los viajeros internacionales deben tener cuidado de no beber agua de la llave. (Robinson & Hort, 2012)

Las enfermedades crónicas que afectan al hígado tienen un impacto negativo sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes afectados. La enfermedad hepática crónica y sus complicaciones (cirrosis y cáncer) son la novena causa de muerte en EE. UU. y la quinta en México. Por otro lado, se considera al "Virus de la Hepatitis B" como un factor predisponente de singular importancia en la aparición de cáncer primario de hígado. Del total de personas

infectadas, el 90 % de los recién nacidos irá a la forma crónica, mientras que esto ocurrirá en el 20 a 50 % de los niños y en el 10 % de los adultos infectados por el virus B.

A la fecha se sabe que existen en el mundo aproximadamente 2,000 millones de personas que han tenido contacto con el virus de la hepatitis B, viviendo el 75% de ellos en la región Asia - Pacífico, con una incidencia de 50 millones de personas / año y 350 millones de portadores crónicos, provocando más de 2 millones de muertes por complicaciones relacionadas a hepatitis aguda y a enfermedad hepática crónica. En América Latina se calcula unos 90 millones de infectados (Robinson & Hort, 2012)

En el Perú existen zonas endémicas de hepatitis B como Huanta (Ayacucho), el Valle de la Convención (Cuzco), Amazonas, Loreto, San Martín, Pasco, Ucayali y Madre de Dios, existiendo un fenómeno migratorio de entrada de personas susceptibles y salida de gente infectada que explican la posible propagación del Virus B al resto del Perú, lo cual aún falta definir y comprobar con mayores estudios. Se estima que más de 500,000 peruanos padecen de hepatitis B, ocupando el primer lugar de mortalidad en Latinoamérica por cáncer Hepático debido a este virus.

En relación con el virus C, la tendencia también es creciente: la incidencia mundial es de 1 a 3 por cada 100,000 personas por año, que también produce daño hepático progresivo y muertes por complicaciones. En la actualidad es la primera causa de indicación para trasplante hepático en el mundo. En el Perú, los datos preliminares muestran que del 6 al 10 % de los pacientes con diagnóstico de cirrosis tienen Virus C, y de ellos, el 25% tiene ya cáncer hepático.

Los factores de riesgo para el desarrollo de un cáncer de hígado primario incluyen (Robinson & Hort, 2012): Hepatitis, Cirrosis hepática, sexo masculino y bajo peso al nacer. El paciente puede no tener síntomas y el cáncer puede detectarse tardíamente en un estadio

avanzado. Las opciones de tratamiento incluyen cirugía, radiación, quimioterapia o trasplante de hígado.

La cirrosis hepática se define como el máximo proceso de fibrosis (cicatrización), que rodean a nódulos de regeneración. Este cambio estructural va a comprometer progresivamente la función del órgano originando una serie de manifestaciones clínicas: Edemas y ascitis, pobre tolerancia a alimentos y fármacos, Hipertensión Portal, Varices de esófago e Insuficiencia renal.

La cirrosis puede tener muchas causas, las más comunes son el etilismo crónico, las hepatitis virales crónicas (B y C), las enfermedades autoinmunes del hígado (hepatitis autoinmune, Colangitis Biliar Primaria, y colangitis esclerosante primaria) y enfermedad grasa no alcohólica del hígado (EHGNA) entre las más importantes.

Las tasas de defunción por cirrosis hepática más elevadas se registran en Moldavia (91 por 100.000 habitantes) y Hungría (85 por 100.000 Hab.), mientras que las cifras más bajas, entre 3 y 5 por 100.000 habitantes, corresponden a Irlanda, Colombia, Holanda, Singapur, Israel y Noruega. En algunos países de América Latina, como Chile y México, la cirrosis hepática ocupa, entre el 5° y 6° lugar como causa de muerte general. (Robinson & Hort, 2012)

## **2.3. Teorías generales relacionadas sobre el tema**

### **2.3.1. Programa Nacional de Enfermedades del Hígado.**

El Programa Nacional de enfermedades del Hígado, funcionará como órgano desconcentrado de ESSALUD, con autonomía. Centralizará todos los servicios médicos involucrados en las enfermedades del hígado en el sector salud y la atención de pacientes con enfermedades del Hígado, así como la ejecución de los procedimientos previos, desde la prevención hasta el tratamiento ya sea médico o quirúrgico. Centralizará la información de las

enfermedades del hígado que se realicen en toda la Red de establecimientos de EsSalud. (Programas del Ministerio de Salud Pública, 2012)

El Programa Nacional de enfermedades del Hígado funcionará, como órgano desconcentrado, de acuerdo con las normas y reglamentos que rigen el quehacer institucional de ESSALUD, con una infraestructura propia acondicionada a las necesidades de atención del paciente. (Programas del Ministerio de Salud Pública, 2012)

Tendrá su propio organigrama dentro de la estructura organizacional, para ello se elaborará la propuesta de un Manual de Organización y Funciones, que deberá ser aprobado por las autoridades de la institución, para generar los compromisos presupuestales y determinar la adecuación de los procesos administrativos y técnicos.

La organización del Programa Nacional de enfermedades del Hígado estará determinada por dos macroprocesos, el soporte administrativo y el técnico, éste último conformado por las unidades y áreas involucradas en los procedimientos médicos, de acuerdo con el organigrama propuesto (Anexo I)

El servicio se le prestará en primer lugar a los asegurados de la Red, a nivel nacional y a los no asegurados de manera particular, quienes acudirán a nuestras instalaciones por referencia, de otros centros de menor capacidad resolutive, asimismo a quienes sean derivados de otros centros, que presenten síntomas o eventos de padecer una afección hepática o a quienes se halla determinado puedan llegar a presentar un evento de este tipo, para ello se harán los exámenes médicos necesarios para cada paciente y la determinación del plan más adecuado según los resultados obtenidos, para que se desarrolle una parte en el hogar y otra en nuestras instalaciones con ayuda de profesionales de la salud altamente especializados, asimismo se efectuará un seguimiento y asesorarán a cada paciente durante el tiempo que se halla determinado como el adecuado para que el plan tenga efectos positivos

para que al finalizado este tiempo la persona haya generado hábitos que pueda seguir en su vida diaria sin necesidad de estar siendo monitoreado constantemente por un profesional de la salud y de esta manera de disminuyan las posibilidades de que ocurra un nuevo evento, o que se recomiende -de acuerdo a la gravedad que se registre- iniciar una actividad relacionada a las enfermedades del hígado, luego de la evaluación médica especializada.

Actividades.

1. Prevención de las enfermedades hepáticas agudas y crónicas
2. Promoción de la salud en las enfermedades hepáticas agudas y crónicas
3. Diagnóstico y Tratamiento de las enfermedades hepáticas agudas y crónicas
4. Rehabilitación de las enfermedades hepáticas agudas y crónicas

### **2.3.2. Población Objetivo.**

La población objetivo es de 9 millones de pacientes asegurados, de manera directa y de manera indirecta sus familiares, y las personas individuales particulares, que no son parte del sistema de seguros y que sin embargo recurren al centro por la garantía de la alta especialización que existe en el tratamiento de enfermedades del hígado, identificados como los usuarios del servicio, así como otros pacientes pertenecientes a los sistemas de seguridad social, policía y fuerzas armadas, como clientes potenciales, solo a nivel local.

### **2.3.3. Demanda – Asegurados y No Asegurados.**

Existen miles de pacientes que requieren una atención por enfermedades del hígado y cientos se encuentran evaluándose por la posibilidad de ingresar en una lista de espera para trasplante cuando están frente a una enfermedad hepática terminal. La única forma de resolver este problema es siendo donante de órganos y promover en la población una cultura de donación de sangre, órganos y tejidos. La donación de órganos permite salvar una vida

cuando ya no existe otra posibilidad para recuperar la salud, es importante porque es una oportunidad invaluable para pacientes con insuficiencia de algún órgano y porque es una alternativa para transformar la vida del paciente. Los principales órganos que se pueden donar son el riñón, el hígado, el corazón, el páncreas y el pulmón. Pero también se trasplantan tejidos como la médula ósea, los huesos, las córneas y las válvulas cardíacas.

En el Perú existe actualmente una lista de Espera con 6,000 receptores. En el año 2008, 300 personas han fallecido en espera de un órgano. Las listas de espera son largas y cada una de ellas representa esperanzas y sufrimientos. La realidad en el país es muy clara, referida a los pacientes con insuficiencia renal que están con hemodiálisis. Un paciente renal que está en hemodiálisis depende de muchos factores, y como se puede ver, ellos van creciendo de año en año. En 2000, teníamos tres mil 200 y en 2008 se registran 6,468 (sólo en EsSalud); es decir, se duplicó en cuestión de ocho años. La lista de espera se mantiene entre 400 y 500 personas que cumplen con los criterios para un trasplante renal, pues no todos tienen que ser trasplantados porque se debe cumplir una serie de criterios del punto de vista técnico. El número de trasplantes que se realizan actualmente en promedio no alcanzan al 10% de la lista de espera.

Otras fuentes, señalan que anualmente se encuentran en lista de espera por un trasplante aproximadamente 4,500 personas. Sin embargo, la mayor parte de ellas muere debido a la imposibilidad de concretar un trasplante por falta de donantes voluntarios. Las estadísticas de EsSalud indican que más de 700 personas de esta lista de espera fallecen cada año, lo que implica que diariamente mueren dos pacientes por no haber recibido un órgano.

Cada año se realizan alrededor de 65.000 trasplantes de órganos en el mundo. Se estima que entre 150,000 y 200,000 personas se encuentran actualmente en espera de un trasplante. La constante mejoría de la sobrevida del injerto y del paciente y el avance de la



inmunosupresión generan un crecimiento de las indicaciones de trasplante. Claramente, es la escasez de órganos la limitante más significativa del trasplante.

El número de donantes cadavéricos de órganos por millón de población (PMP) es el indicador más utilizado para comparar la actividad entre países. En los últimos años su desarrollo ha tendido a estancarse, excepto en los países que, partiendo de indicadores relativamente bajos, han implementado fuertes políticas activas para su evolución.

Europa sostiene una media de 18 donantes PMP. España es el país del mundo con mayor actividad de Trasplantes y los 35 donantes PMP representan la meta posible para todos los demás países del globo, y un franco desafío. Entre los países de la Unión Europea se destaca Italia, que en los últimos diez años ha duplicado el número de donantes, de 9.9 PMP en 1995 a 21.1 en 2004.

La cooperación internacional posibilita que las naciones con mayor desarrollo en la materia transfieran sus conocimientos y experiencia a aquellas que necesitan potenciar su crecimiento. En América Latina, la mayoría de los países cuentan con programas de trasplante renal y algunos realizan trasplantes de los demás órganos. Pero pese a la adyacencia geográfica, existen diferencias en el desarrollo científico-tecnológico y en la cobertura que los sistemas de salud brindan a la población.

En el Perú, hace más de treinta años se iniciaron los trasplantes de órganos, desde entonces muchas personas han sido beneficiadas con este procedimiento altamente especializado. Esta última ha incrementado la tasa de trasplantes por año, pero aún no es suficiente frente a la creciente demanda existente en nuestro país.

#### **2.3.4. Oferta de ESSALUD.**

La oferta del servicio está directamente relacionada con la presencia de profesionales de alto nivel que son reconocidos por su alta especialidad en los procedimientos de enfermedades del Hígado, que comprende desde prevención, diagnóstico, tratamiento médico- quirúrgico incluyendo al trasplante.

Es necesario mencionar que se tiene un prestigio ganado y reconocimiento de la comunidad académica y científica del campo de la medicina, en esta especialidad, que ha trascendido a los medios de comunicación y generándose una buena imagen de la sociedad civil en general.

La calidad en la atención y a labor cumplida en el Hospital Almenara, en las enfermedades del hígado, ha evidenciado que existe una experiencia capitalizable que a nivel nacional no se registra en ningún otro centro del sistema de servicios de salud.

Sumado a ello este grupo medico altamente especializado y con amplia experiencia en el tema han efectuados actividades de investigación, capacitación, intervenciones médicas de alta tecnología, que ha involucrado a científicos, políticos y a la sociedad civil de manera efectiva, que han permitido sensibilizar en el tema a instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Debemos precisar que, en EsSalud, existen Servicios y Unidades de Hígado en los principales Hospitales de tercer nivel en EsSalud, que pese a sus esfuerzos, solamente realizan una actividad de tercer nivel en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del hígado, sin existir una actividad que abarque todo el espectro del cuidado de las enfermedades del hígado desde la prevención hasta la rehabilitación.

### **2.3.5. Ámbito geográfico de intervención.**

El servicio se inicialmente se iniciará en la ciudad de Lima y progresivamente se irán incorporando y ampliando a quienes demanden de la atención a nivel nacional en las enfermedades del hígado.

### **2.3.6. Viabilidad.**

#### **Técnica:**

La viabilidad técnica, está garantizada por el equipo médico que cuenta con la experiencia en procedimientos de enfermedades del hígado y trasplantes, siendo sus resultados son exitosos, lo que ha generado prestigio y reconocimiento a nivel nacional e internacional

#### **Económica:**

La puesta en funcionamiento del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado incentivará las campañas de prevención, lo que incidirá de manera favorable en los costos de tratamiento de enfermedades avanzadas, que no fueron detectadas a tiempo, aminorando costos a la institución en medicinas, servicios y otros colaterales.

Por otro lado, podemos ofrecer el servicio a las de manera que ellas ganen un valor agregado a los servicios que ofrecen haciendo que ganen de esta manera y que además eviten gastos futuros por atención hospitalaria de los pacientes que, sin el tratamiento planteado, posiblemente repetirían algún tipo de evento de mayor riesgo como un trasplante por no haberse dado un diagnóstico y tratamiento a tiempo.

#### **Social:**

El nivel de aceptación será alto por parte de la población que demanda la atención en servicios más especializados, y de la sociedad civil, en general porque con ello se está garantizado una mejor atención y de calidad.

Asimismo, a nivel de indicadores de desarrollo, se está procurando contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, que son las políticas nacionales y los mandatos internacionales en relación con los derechos universales de los individuos

### 2.3.7. Marco Conceptual.

El Programa Nacional de Enfermedades del Hígado (PNEH) prestará servicios de salud para todas las personas que hayan sufrido enfermedades o tengan factores de riesgo a padecer de alguna patología médica o quirúrgica del hígado y se hará por medio del área especializada que ofrecerá sus servicios específicamente a los pacientes asegurados, inicialmente a través de las bases de datos de sus historias médicas, podamos ofrecer un servicio personalizado dirigido especialmente a las personas que de verdad lo necesitan, a las cuales se les realizara un completo análisis físico y mental para generar un plan de acción de mediano plazo, que pueda asegurar que las personas con estos problemas puedan mejorar su calidad de vida y disminuir al máximo la ocurrencia de este tipo de eventos y enfermedades.

### 2.3.8. Análisis del ambiente de negocios y mercado.

#### 2.3.9.1. Entorno de negocios del sector donde operará el Programa.

<b>Programa Nacional Enfermedades del Hígado</b>	++	+	0	-	-
Grado de rivalidad entre competidores			x		
Poder de negociación de los clientes	x				
Poder de negociación de proveedores	x				
Amenaza de productos sustitutos					x

En el caso de los competidores, se considera que no existe ningún grado de rivalidad debido a que se trata de un servicio que no existe en la actualidad en el mercado de la salud pre pagado, sin embargo son un factor crítico para el futuro ya que existe varias centros de

salud que prestan servicios pero que no son especialistas y tienen estrategias diferentes, no corporativas ni sistematizadas como un proceso integrado, los cuales pueden convertirse en competidores si es que deciden entrar en la propuesta de negocio planteada. Con respecto a los pacientes asegurados a los cuales se les prestaría el servicio, son las que tienen los posibles usuarios razón por lo cual tienen un alto nivel de negociación, lo cual hace crítico que los mismos usuarios sean un socio estratégico que tendrán un mayor poder de negociación. Con respecto a los proveedores, estos no son un factor crítico para el desarrollo del negocio, ya que se trata de insumos médicos especializados, que no son de amplia consecución y que su oferta es segmentada. Por último, las amenazas por posible entrada de servicios sustitutos o que ofrezcan servicios similares, pero no de calidad no son una amenaza latente, ya que un servicio personalizado para personas con necesidades de salud puntuales, solo pueden ser suplidas mediante un tratamiento específico que solo se pueden generar mediante planes de salud como los que planteamos.

## **Análisis FODA.**

### **a. Fortalezas.**

- El servicio que se ofrece es altamente especializado y de efectividad.
- Será parte de un sistema que se está consolidando y abriendo espacios para las nuevas iniciativas.
- Representa un valor visible para EsSalud
- El régimen subsidiado permite que la demanda no se limite a las personas con capacidad de pago.
- Centro especializado. Recursos médicos y de equipo multidisciplinario de salud de alto nivel.

- Ubicación física de fácil acceso.
- Compromiso con el servicio por parte del personal.
- Atención y seguimiento personalizado.
- Continúa capacitación al personal.

**b. Debilidades.**

- El Programa requiere de una fuerte inversión inicial.
- Requiere equipos de alta tecnología.
- Depende de la aceptación de Las Autoridades y de su política institucional.
- Exceso de demanda puede afectar la calidad del servicio.
- Falta de difusión dentro de ESSALUD
- Personal escaso, para la atención del 100% de la demanda.

**c. Oportunidades.**

- La ley protege e impulsa este tipo de iniciativas.
- Cubrir el 100% de las necesidades de los pacientes.
- La ley está encaminada para una cobertura del 100% de la población.
- La promoción y prevención ha demostrado su efectividad en reducción de costos.
- Tratado de Libre Comercio (TLC), facilita la adquisición de tecnología e información.
- Servicio de alta calidad.
- Mercado abierto, no saturado.
- El segmento del mercado está en crecimiento.

#### **d. Amenazas.**

- Incremento no controlable de la demanda.
- Cambio de tecnologías.
- Capacitación del personal.
- Entrada con bajas restricciones de nuevos competidores.

#### **2.3.9. Entorno actual y proyectado.**

##### **Condiciones políticas, económicas, sociales, culturales y tecnológicas (PEST).**

###### **a. Político legal:**

- Ley No 26842 “Ley General de Salud” (EsSalud, 2016)
- Ley No 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento aprobado por DS No 009-97-SA; norma modificatoria, aprobadas por DS No 001-98-sa y Decreto de Urgencia No 008-2000. (EsSalud, 2016)
- Ley No 27056 “Ley de Creación del seguro Social de Salud (EsSalud) y su reglamento, decreto supremo No 002-99-TR. (EsSalud, 2016)
- Resolución de Gerencia General No 1455-GG-ESSALUD-2007. Aprueba la Directiva 014-GG-ESSALUD-2007 “Norma Marco para la Formulación, aprobación y Actualización de Documentos Técnicos Normativos y de Gestión en ESSALUD”. (EsSalud, 2016)
- Resolución de Gerencia General No 109-GG-ESSALUD-2008 que aprueba la “Cartera de Servicios de Atención Primaria de ESSALUD”

- Resolución Ministerial 485-2010-MINSA que dispone que la estrategia de Prevención y Control de Infección de Transmisión Sexual y VIH/SIDA ejercite las funciones de Prevención, diagnóstico y Tratamiento para el control de la Hepatitis B.
- Con Resolución Ministerial No 485-2010/MINSA del 16.06.2010 se resuelve disponer que la estrategia sanitaria nacional de Prevención y Control de Infección de Transmisión Sexual y VIH- SIDA asuma y ejercite las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento para el control de la hepatitis B.
- Ley 28189 y el Reglamento de la Ley General de Trasplante y Donación de Órganos y/o Tejidos Humanos – Ley N° 28189. (LEY N°28189 Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos)

La ley busca ofrecer a la sociedad un sistema que se caracterice por su universalidad, equidad, solidaridad, efectividad, eficiencia, calidad y sostenibilidad. La constitución consagra en el artículo 7, el derecho a la salud como un hecho único permanente y un derecho colectivo.

Asimismo, promueve, el acceso a la salud mediante sistemas compuestos por dos ejes, el tradicional ESSALUD, SIS y Sistemas Privados. El sistema privado está conformado por las empresas promotoras de salud (EPS) las cuales afilian a los usuarios y se aseguran de administrar el servicio y las instituciones prestadoras de servicios de salud, o entidades organizadas quienes prestan el servicio de salud, la cual sería la forma como se constituiría el centro.

#### **b. Económico:**

El gasto en salud debe ser considerado como una inversión en el capital humano. En el servicio que oferta el Centro, como primera opción a los afiliados es lograr la cobertura de a este segmento y potencialmente los particulares que son la mayor parte de las poblaciones



afectadas. Hay que considerar que la cobertura de ESSALUD, no logra atender la demanda de los pacientes y crecimiento de afectados se incrementa año a año. Una oferta especial bien podría iniciarse con la consideración de despistaje en todos los casos de los chequeos rutinarios o los llamados exámenes médicos, como una obligación de los asegurados haciendo de esta manera más rentable la prestación de los servicios.

**c. Sociocultural:**

La sociedad está orientando sus prácticas diarias hacia el cuidado de la salud y la búsqueda de una mejor calidad de vida, sobre todo en las grandes urbes como Lima los estratos medio y medio alto están sintiendo la necesidad de generar nuevos hábitos que mejoren su calidad de vida apareciendo experiencia en diferentes lugares del mundo instituciones que prestan este tipo de servicios especializados.

## 2.4. Propuesta de funcionamiento y evaluación del Programa

### PNEH: Esquema de Funcionamiento



Impacto Del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en La Salud Pública,  
Esasud, Lima-Perú 2017

#### 2.4.1. Indicadores del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado.

Las enfermedades del hígado son responsables de un gran componente de la morbimortalidad en nuestro país, así como de años de vida con discapacidad de nuestra población, no cuentan con actividades, planes, ni programas de salud aislados o específicos.

En ese sentido el Programa Nacional de Enfermedades del Hígado, desarrolla políticas, estrategias, metas y actividades que tienen como objetivo prevenir, diagnosticar, tratar, controlar, seguir, monitorear los 4 grandes grupos de enfermedades hepáticas que existen:

Hepatitis B, Hepatitis C, Cirrosis Hepática y Hepatocarcinoma. Para lograr resultados integra recursos humanos calificados, materiales y presupuestos necesarios para su ejecución.

Las actividades del programa se desarrollarán en los establecimientos de EsSalud, teniendo en cuenta su nivel de complejidad y están a cargo de un equipo multidisciplinario de salud.

La Población objetivo son los asegurados en general, teniendo como ámbito de aplicación a la comunidad y a los centros asistenciales.

- a. Comunidad: Se realizan acciones de promoción para una vida saludable y prevención de las enfermedades hepáticas, en coordinación con los diferentes actores sociales.
- b. Centros asistenciales:
  1. Se realizarán acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad hepática: Hepatitis B, Hepatitis C, Cirrosis Hepática y Hepatocarcinoma: UBAPS, CAP I (Posta Medica, CAP II (Centro Médico), CAP III (Policlínico), Hospitales I y II y en los centros asistenciales que cuenten con población adscrita.
  2. Seguimiento del paciente con diagnóstico de enfermedad hepática en los establecimientos de acuerdo con nivel de complejidad.
  3. El manejo y tratamiento del paciente con diagnóstico de enfermedad hepática complicada o avanzada se realiza en los hospitales II, IV, Nacionales o Institutos que garanticen el adecuado tratamiento médico: medicamentos de alto costo: antivirales, inmunosupresores, vasopresores, antibióticos, biológicos, procedimientos invasivos (TIPS, medición de gradiente de presión portal, TACE, radiofrecuencia) y/o quirúrgico (resección tumoral, cirugía derivación portal y trasplante hepático).

## **2.4.2. Organización funcional.**

### **2.4.2.1. Nivel normativo conductor.**

Está a cargo del director del Programa Nacional de enfermedades del Hígado, perteneciente a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Existe una asesoría técnica permanente que será con el soporte de expertos de EsSalud integrados en el Comité Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud representados por 2 representantes de cada hospital que cuentan con unidades de Hígado y/o Servicios de Trasplante.

Son funciones del Nivel Normativo conductor las siguientes:

- a. Planificar, organizar y conducir el Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en el ámbito nacional de EsSalud.
- b. Formular las normas, procedimientos, guías, protocolos y Control de Calidad del Programa.
- c. Formular y proponer los aspectos técnicos, procesos procedimientos de las actividades preventivas correspondientes a las prestaciones primarias en coordinación con la Subgerencia de Prevención de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud.
- d. Coordinar con los Órganos desconcentrados los mecanismos de ejecución de actividades.
- e. Coordinar con las organizaciones extrainstitucionales afines a tema para fortalecer el desarrollo de las acciones a seguir en el país.
- f. Supervisar el cumplimiento de las normas y procedimientos emitidos, así como la calidad del servicio que se brinda tanto por el personal de la institución como por los servicios contratados, ejecutando la retroalimentación correspondiente y brindar asistencia técnica.
- g. Evaluar permanentemente el impacto del programa en la población a efecto de dirigir las reprogramaciones que requieran las actividades sensibles a los objetivos y metas trazadas.

- h. Coordinar con la Oficina de Planeamiento e Inteligencia sanitaria para el establecimiento del perfil epidemiológico de las enfermedades del hígado en la población asegurada.
- i. Determinar las prioridades de capacitación y coordinar su ejecución con la Gerencia de Desarrollo y capacitación.

#### **2.4.2.2. Nivel conductor de Red Asistencial.**

Son responsables del Programa a nivel Conductor de Red Asistencial, los gerentes de Redes Asistenciales, los directores de Redes Asistenciales, coordinadores de Atención Primaria, Coordinadores Médicos del programa de enfermedades del Hígado.

Son funciones del Nivel Conductor de Red Asistencial las siguientes:

- a. Gerenciar la conducción del Programa de Enfermedades del Hígado en el ámbito de su competencia.
- b. Cumplir y hacer cumplir las normas nacionales en función de su realidad.
- c. Desarrollar cursos de Prevención de las Enfermedades del Hígado en coordinación con la Subgerencia de Prevención y el Programa de la red asistencial.
- d. Garantizar la continuidad del Programa a través de una adecuada y oportuna distribución de insumos, medicamentos, recursos humanos, materiales y logísticos de acuerdo al nivel de complejidad.
- e. Realizar trimestralmente actividades de supervisión y evaluación a los establecimientos de salud de su jurisdicción para establecer el estado de funcionamiento del programa e informar al nivel Normativo Conductor.
- f. Facilitar la capacitación técnica y operacional de salud por lo menos una vez al año.

- g. Los coordinadores de atención Primaria deben remitir la información de los Centro Asistencial de Salud (CAS) al coordinador médico del programa de enfermedades del hígado para que lo consolide y remita la información a nivel central.

#### **2.4.2.3. Nivel Ejecutor local.**

Son responsables del Programa a Nivel Ejecutor – Local, el director del Centro Asistencial, el médico responsable del Programa en el centro asistencial y el personal asignado por el director del Centro Asistencial de Salud (CAS).

Son funciones del nivel conductor local las siguientes:

- a. Conducir el Programa de enfermedades del Hígado, en el centro asistencial de salud.
- b. Desarrollar acciones de promoción y prevención por un equipo multidisciplinario, de acuerdo con el nivel de complejidad.
- c. Realizar el control y seguimiento del caso de enfermedad del hígado, a través del control médico, control de enfermería, control nutricional, control psicológico y control social de acuerdo con el nivel de complejidad.
- d. Designar un ambiente para el desarrollo de las actividades del Programa, donde se garantice la privacidad, confidencialidad y se cumplan las normas de bioseguridad.
- e. Realizar la programación anual de los insumos, material médico y medicamentos de acuerdo con el nivel de complejidad, en forma oportuna y remitirla a la red asistencial para su consolidación.
- f. Recomendar la permanencia del personal responsable del Programa de enfermedades del Hígado por un periodo no menor de 2 años así mismo el personal que ingresa al programa debe ser capacitado y/o acreditado previamente.

- g. El programa ser responsable de dirigir y supervisar las actividades de promoción, prevención y recuperación.
- h. Evaluar los resultados mensualmente, consolidar y remitir la información trimestral y anual en los plazos establecidos.
- i. Notificar los casos de acuerdo con la ficha de Notificación Nacional de Enfermedades del Hígado (Anexo 01), la misma que se remitirá a la Oficina de Inteligencia Sanitaria del Centro Asistencial o a la autoridad correspondiente, para que se remita a la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria de la GCPS.

El programa deberá contar con un suministro regular de insumos para la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento según el nivel de complejidad.

Debe contarse con insumos para la ejecución de pruebas de tamizaje y otras.

### **2.4.3. Mecanismos de coordinación.**

#### **2.4.3.1. Referencias y contrarreferencias.**

- Criterios de Referencia:
  - a. Para el diagnóstico definitivo de enfermedad hepática a realizarse en CAS de mayor nivel.
  - b. Paciente con diagnóstico de enfermedad hepática para su manejo especializado. La referencia y el manejo de pacientes con enfermedades del hígado debe ser de la especialidad de gastroenterología, hepatología en el programa. el paciente referido podrá acceder a las interconsultas que sean necesarias en las diferentes especialidades de acuerdo con su condición clínica y sin necesidad de hacer nuevos trámites de referencia o contra referencia.

- c. Para la realización de cargas virales de virus de hepatitis B y C, genotipificación, u otras pruebas especializadas de laboratorio o de imágenes (TEM, RMN) para el control regular del paciente.
- d. Todo paciente que pierda su condición de asegurado será derivado al establecimiento de Salud MINSA más cercano a su zona de residencia.

#### **2.4.3.2. Programación, registro, información y evaluación.**

La información generada en todos los niveles por el Programa Nacional de enfermedades del Hígado tiene como objetivo fundamental hacer uso adecuado y oportuno de los datos operacionales.

Por tal motivo se ha diseñado un sistema sencillo y confiable de información que permite el registro de datos a medida que acontecen y se desarrollan las actividades en los centros asistenciales de EsSalud.

El registro, procesamiento y análisis de la información operacional epidemiológica es responsabilidad del equipo multidisciplinario del Programa nacional de Enfermedades del Hígado.

#### **2.4.4. Planeamiento del programa.**

##### **2.4.4.1. Programación.**

El equipo multidisciplinario se reunirá para realizar la programación de las actividades a desarrollar durante el año siguiente e incorporarlas en la programación anual institucional de acuerdo con los plazos establecidos.

El consolidado del Órgano desconcentrado deberá ser remitido a nivel central para el consolidado respectivo.



La programación se realizará diferenciando las acciones de promoción y prevención con la atención del caso de enfermedad del hígado.

a. Criterios técnicos de programación de actividades de promoción y prevención de enfermedades del hígado: Las acciones de prevención y promoción de las enfermedades del hígado deben ser desarrolladas en todos los centros asistenciales de EsSalud.

b. Actividades para programar

- **Consejería:** Actividad que consiste en la detección de factores de riesgo y/o daño por las enfermedades del hígado, promoción de hábitos de vida saludable. Incluye la consejería pretest, post test y refuerzo; además de la solicitud de exámenes auxiliares, derivación a la consulta médica con resultados para diagnóstico. La consejería debe ser realizada en un ambiente en cada CAS, que garantice la confidencialidad y ejecutada por profesional de la salud capacitado y certificado.

#### **2.4.4.2. Recurso humano: Profesional de la salud.**

Concentración: 2

Rendimiento: 5

- **Taller:** Actividad educativa dirigida a grupos priorizados de usuarios según factor y/o comportamientos de riesgo para enfermedades del hígado con la finalidad de informar sobre hábitos de vida saludable, promoción, prevención y autocuidado. Se realiza en grupos de personas (de 10 a 15) aplicando técnicas que garanticen la participación del usuario (anexo No 10)

Recursos humanos: Profesional de la salud.

Rendimiento: 0.5 (2horas)

- **Charla educativa:** Es la actividad grupal dirigida a la población asegurada con la finalidad de informar y sensibilizar sobre prevención de las enfermedades del hígado y promoción de estilos de vida saludables. El número de participantes no debe ser mayor de 20 personas.

Recursos humanos: Profesional de la salud.

Rendimiento: 1 (1 hora)

- Visita domiciliaria: Actividad que consiste en acudir al domicilio del paciente con diagnóstico de enfermedad hepática que no acude a su control regular y en aquellos que requieren evaluar las condiciones sociales. Incluye a pacientes con diagnóstico de enfermedad del hígado y la ubicación de pacientes con resultados con hepatitis viral B y/o C, que no regresaron al post test (anexo 15 y 17)

Recurso humano: Profesional de la salud.

Rendimiento: 1 (1 hora)

Criterios técnicos de programación para control y seguimiento de casos con enfermedades del hígado.

El control y seguimiento de las enfermedades del hígado deben ser desarrolladas en los hospitales que cuentan con pacientes con diagnóstico confirmado de alguna enfermedad hepática: hepatitis viral B y C, cirrosis hepática y hepatocarcinoma.

Actividades para programar

- a. Consulta médica: actividad que consiste en el tratamiento, control y seguimiento médico del paciente con diagnóstico confirmado del paciente con diagnóstico de alguna enfermedad del hígado (anexo 6 y 7)

Recurso humano: Medico

Concentración: 12

Rendimiento: 3

- b. Control de enfermería

Actividad que consiste en el control y seguimiento de enfermería a pacientes con diagnóstico de enfermedades del hígado, detección de otros factores de riesgo relacionados con el daño.

Recurso humano: Enfermera

Concentración: 4

Rendimiento: 5

#### **2.4.4.3. Atención psicológica.**

Actividad desarrollada por el profesional de psicología en las personas con enfermedades del hígado y su familia.

Recurso humano: Psicólogo

Concentración: 4

Rendimiento: 3

#### **2.4.4.4. Atención social.**

Intervención desarrollada por el Trabajador social, en las personas con enfermedades del hígado y su familia, para atender los problemas sociales, laborales y/o administrativos relacionados a la enfermedad (Anexo 13 y 14)

Recurso humano: Trabajador social

Concentración: 2

Rendimiento: 3

#### **2.4.4.5. Control Nutricional.**

Actividad desarrollada por el Profesional de Nutrición en las personas con enfermedades del hígado y su familia.

Recurso humano Nutricionista

Concentración: 4

Rendimiento: 4

### **2.4.5. Registro e información.**

#### **2.4.5.1. Instrumentos de registro.**

Entre los principales instrumentos de registro tenemos:

- a. Libro de registro diario de consejería y búsqueda de casos con enfermedades del hígado. (anexo 2). Se usa para el registro de pacientes a quienes se realiza el tamizaje por

enfermedad del hígado con la finalidad de evaluar el total de identificados, cuantos se examinan y se identifican con diagnóstico establecido.

- b. Hoja de notificación epidemiológica de Casos con Enfermedad del Hígado (anexo No 1). Se usa para el registro de los pacientes con hepatitis B, C, cirrosis y hepatocarcinoma, el cual deberá ser entregado a inteligencia sanitaria y el programa deberá quedarse con una copia para el control y seguimiento de estos. Toda atención en el programa deberá ser registrada en la historia clínica.

#### **2.4.5.2. Instrumentos de información**

- a. Informe operacional trimestral (Anexo No 5)

Permite recoger en un solo formato la mayor parte de la información requerida para la elaboración de los respectivos indicadores.

El llenado del informe operacional de responsabilidad del equipo multidisciplinario. Esta información deberá ser remitida al nivel inmediato superior terminado el trimestre, bajo responsabilidad. Se recomienda realizar reuniones técnicas de trabajo trimestrales para el acopio de información, el análisis de los indicadores operacionales epidemiológicos, teniendo como base los libros de registro, tarjetas de seguimiento del paciente.

Este formato sirve para consolidar la información operacional en forma trimestral, semestral y anual, para lo cual se deberá marcar el casillero correspondiente.

- b. Parte diario de las actividades: Para el registro de las actividades. en el parte diario se deben usar los códigos CIE 10, con la finalidad de unificar criterios en el registro.

#### **2.4.6. Evaluación y análisis de los indicadores.**

El producto fin del sistema de registro e información, es el análisis e interpretación de los indicadores, elementos básicos en la toma de decisiones para la gestión del Programa nacional de Enfermedades del Hígado. De informe operacional como instrumento para evaluar la eficiencia y eficacia del Programa es posible obtener una serie de indicadores los

cuales tendrán importancia según la utilidad que se le dé a cada uno de ellos en los respectivos niveles.

Estos indicadores deberán ser elaborados analizados en el nivel local y coordinador departamental, permitiendo a partir de su interpretación mejorar o reforzar los aspectos de gestión que sean necesario.

Indicadores de evaluación trimestral:

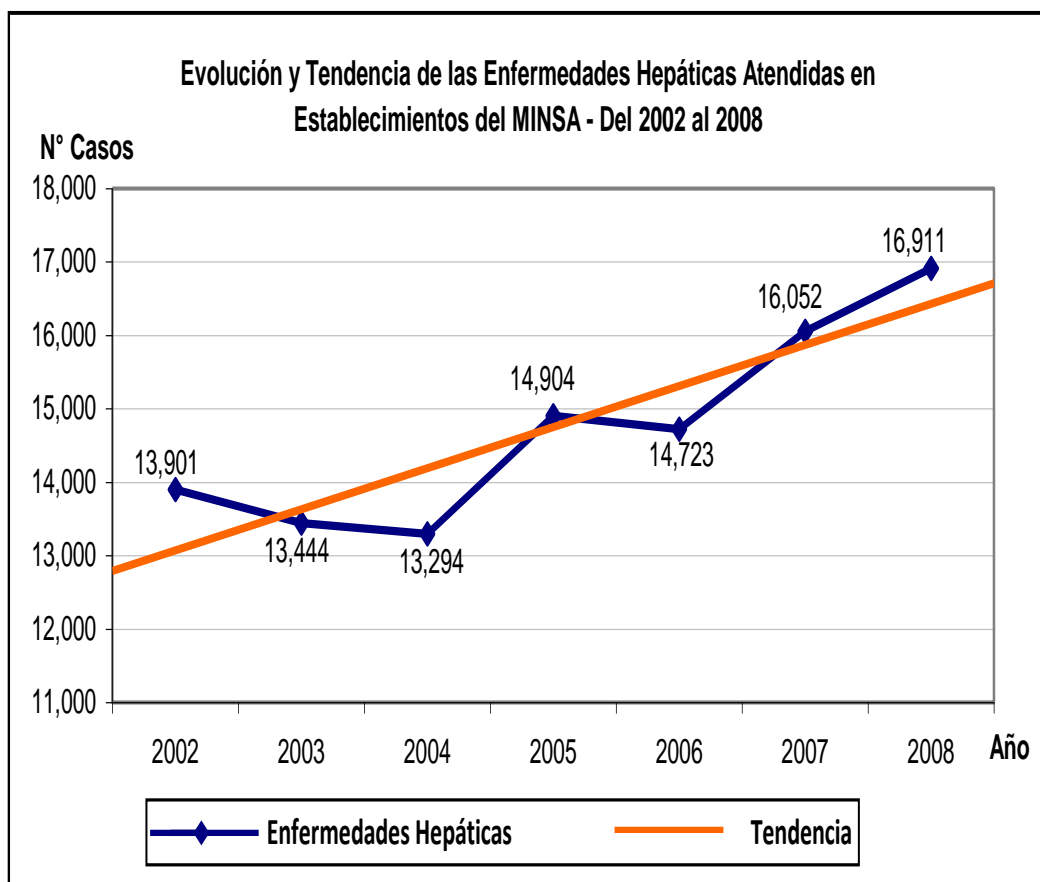
- a. Casos nuevos de enfermedades del hígado: hepatitis B, hepatitis C, cirrosis y hepatocarcinoma.
- b. Número total de pacientes con enfermedad hepática con control regular que asisten por lo menos 1 vez en el trimestre
- c. Número de fallecidos por enfermedad hepática: hepatitis B, hepatitis C, cirrosis hepática, cáncer de hígado.

#### **2.4.7. Mercado potencial.**

##### **2.4.7.1. Tamaño del mercado potencial.**

El mercado potencial es a nivel nacional, y una aproximación se reseña en los cuadros siguientes donde se distinguen variables por años y por tipo de afección que se han registrado en el país, en MINSA desde el 2002 al 2008, ha reportado atenciones del orden de los 16 mil pacientes, sin ningún trasplante.

ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD



Fuente: MINSA / Oficina Ejecutiva de Estadística / Informe de Registro Diario HIS

Elaboración del Consultor

<b>ENFERMEDADES DEL HÍGADO - REGISTRO NACIONAL DE CONSULTA EXTERNA - MINSA DEL 2002 AL 2008</b>								
Cod.	Diagnóstico	Año						
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
K70	Enfermedad alcohólica del hígado	858	917	827	868	968	1,041	1,403
K71	Enfermedad tóxica del hígado	698	522	472	574	610	620	731
K72	Insuficiencia hepática	1,121	1,175	1,019	1,108	1,057	1,213	1,070
K73	Hepatitis crónica	462	338	387	301	311	332	383
K74	Cirrosis Hepática	3,225	3,296	3,870	4,348	4,260	4,398	4,643
K75	Otras Enf..inflam. del hígado	3,606	3,262	2,691	3,123	2,529	3,074	2,639
K76	Otras enfermedades del hígado	3,931	3,934	4,028	4,582	4,988	5,374	6,042
	<b>Total</b>	<b>13,901</b>	<b>13,444</b>	<b>13,294</b>	<b>14,904</b>	<b>14,723</b>	<b>16,052</b>	<b>16,911</b>

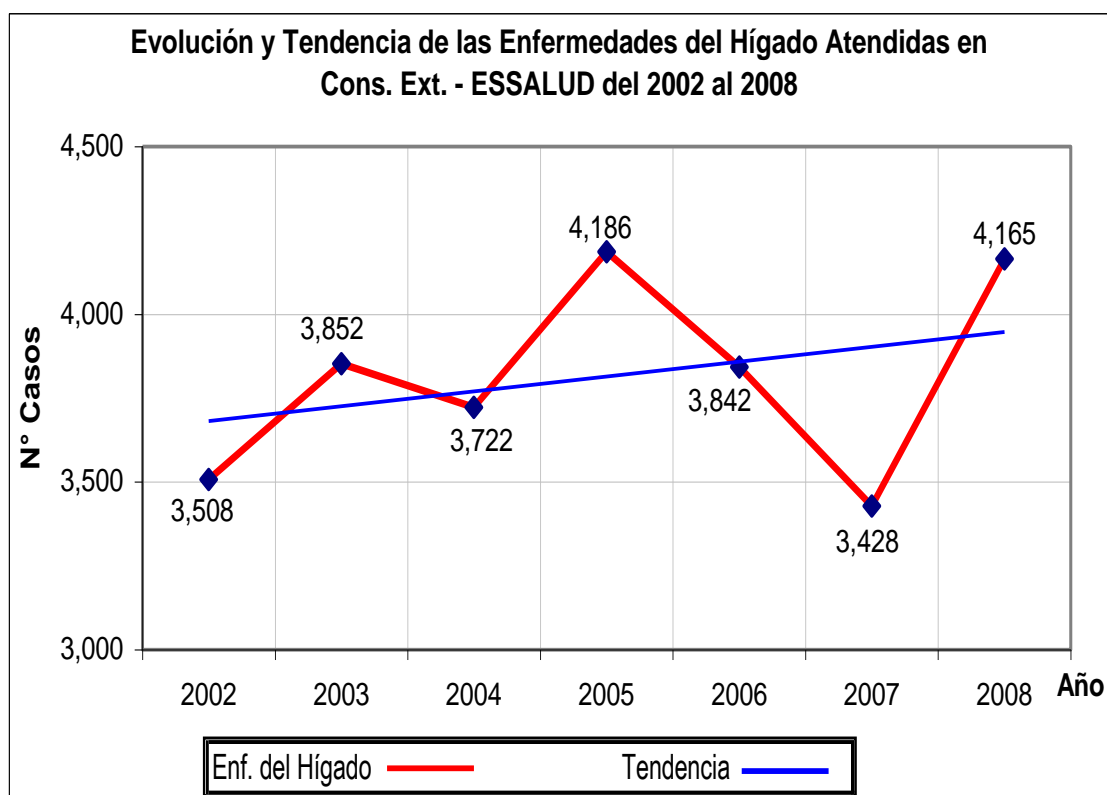
<b>ENFERMEDADES DEL HÍGADO - REGISTRO NACIONAL DE CONSULTA EXTERNA - MINSA DEL 2002 AL 2008</b>								
<b>Cod.</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Año</b>						
		<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
K70	Enfermedad alcohólica del hígado	858	917	827	868	968	1,041	1,403
K71	Enfermedad tóxica del hígado	698	522	472	574	610	620	731
K72	Insuficiencia hepática	1,121	1,175	1,019	1,108	1,057	1,213	1,070
K73	Hepatitis crónica	462	338	387	301	311	332	383
K74	Cirrosis Hepática	3,225	3,296	3,870	4,348	4,260	4,398	4,643
K75	Otras Enf. Inflamat. del hígado	3,606	3,262	2,691	3,123	2,529	3,074	2,639
K76	Otras enfermedades del hígado	3,931	3,934	4,028	4,582	4,988	5,374	6,042
	<b>Total</b>	<b>13,901</b>	<b>13,444</b>	<b>13,294</b>	<b>14,904</b>	<b>14,723</b>	<b>16,052</b>	<b>16,911</b>

Como se observa en el cuadro resumen y gráfico precedente, las enfermedades hepáticas atendidas a través de consulta externa en los establecimientos del Ministerio de Salud; han experimentado un crecimiento sostenido y en siete años muestran un incremento del orden del 122%.

Teniendo en cuenta el tamaño de la población y la segmentación por edades la cual está resuelta más adelante el servicio se dirigirá a personas mayores de 30 años quienes se encuentran afiliados a empresas privadas o particulares asumiendo que el 100% de la población debe estar cubierta por los regímenes en salud.

CASOS DE ENFERMEDADES DEL HÍGADO. ESSALUD A NIVEL NACIONAL

TOTAL, CASOS DE ENFERMEDADES DEL HÍGADO ATENDIDOS SEGÚN GRUPOS ETÁREOS							
REGISTRO NACIONAL DE ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA - ESSALUD 2002 AL 2008							
Grupo Etáreo	Año						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
0-14 años	61	72	42	56	35	44	84
15-24 años	81	66	56	82	50	70	89
25-64 años	1,700	2,245	1,672	1,828	1,569	1,536	1,845
65 años a +	1,666	1,469	1,952	2,220	2,188	1,778	2,147
<b>TOTAL</b>	<b>3,508</b>	<b>3,852</b>	<b>3,722</b>	<b>4,186</b>	<b>3,842</b>	<b>3,428</b>	<b>4,165</b>



Fuente: ESSALUD / Oficina de Inteligencia Sanitaria



Para el caso de trasplantes, la demanda existente se resume en el siguiente caso:

<b>DEMANDA POTENCIAL DE TRASPLANTE DE HÍGADO EN EL ÁMBITO DE ESSALUD</b>										
<b>PROYECCIONES PARA EL AÑO 2010 HASTA EL AÑO 2019</b>										
<b>Grupo Etáreo</b>	<b>Año</b>									
	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
0-14 años	58	59	59	60	60	61	61	62	62	63
15-24 años	77	79	81	82	84	86	88	89	91	93
25-64 años	1,531	1,514	1,498	1,482	1,466	1,450	1,433	1,417	1,401	1,385
65 años a +	2,203	2,294	2,386	2,477	2,568	2,660	2,751	2,842	2,934	3,025
<b>TOTAL</b>	<b>3,869</b>	<b>3,947</b>	<b>4,024</b>	<b>4,101</b>	<b>4,179</b>	<b>4,256</b>	<b>4,333</b>	<b>4,411</b>	<b>4,488</b>	<b>4,566</b>

Fuente: ESSALUD / Oficina de Inteligencia Sanitaria

Elaboración del Consultor

#### **2.4.7.2. Particularidades del mercado.**

Para el caso de la Demanda Potencial de las Enfermedades del Hígado, dicha demanda potencial estaría constituida por aquellas personas que padecen de patologías hepática que en algún momento podría evolucionar a estadios terminales y para quienes la única esperanza de vida es el trasplante de hígado.

El trasplante de hígado se recomienda en los individuos que tienen disfunciones hepáticas graves y que no podrán vivir a no ser que lo trasplanten. Los diagnósticos de enfermedades del hígado más frecuentes, por la que se realizan los trasplantes son: Cirrosis e Insuficiencia Hepática entre otras; sin embargo, para el presente estudio solamente consideraremos los casos de cirrosis hepática, por ser los más representativos.

#### **ÁMBITO DE ESSALUD**

La demanda potencial de Trasplante de Hígado en el caso de ESSALUD, estaría explicada en el siguiente cuadro presenta las proyecciones de la Demanda Potencial de Trasplantes de Hígado en el ámbito de ESSALUD.

El siguiente cuadro muestra las proyecciones de Demanda Potencial de Trasplante de Hígado, la misma que se sustenta en los casos con diagnóstico de Cirrosis Hepática.

<b>DEMANDA POTENCIAL DE TRASPLANTE DE HÍGADO EN EL ÁMBITO DE ESSALUD</b>										
<b>PROYECCIONES PARA EL AÑO 2010 HASTA EL AÑO 2019</b>										
<b>Grupo Etéreo</b>	<b>Año</b>									
	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
0-14 años	58	59	59	60	60	61	61	62	62	63
15-24 años	77	79	81	82	84	86	88	89	91	93
25-64 años	1,531	1,514	1,498	1,482	1,466	1,450	1,433	1,417	1,401	1,385
65 años a +	2,203	2,294	2,386	2,477	2,568	2,660	2,751	2,842	2,934	3,025
<b>TOTAL</b>	<b>3,869</b>	<b>3,947</b>	<b>4,024</b>	<b>4,101</b>	<b>4,179</b>	<b>4,256</b>	<b>4,333</b>	<b>4,411</b>	<b>4,488</b>	<b>4,566</b>

Los Individuos que tienen disfunciones hepáticas graves y que no podrán vivir a no ser que lo trasplanten. Los diagnósticos de enfermedades del hígado más frecuentes, por la que se realizan los trasplantes son: Cirrosis e Insuficiencia Hepática entre otras; sin embargo, para el presente estudio solamente consideraremos los casos de cirrosis hepática, por ser los más representativos.

El siguiente cuadro muestra las proyecciones de Demanda Potencial de Trasplante de Hígado, la misma que se sustenta en los casos con diagnóstico de Cirrosis Hepática.

<b>DEMANDA POTENCIAL DE TRASPLANTE DE HÍGADO EN EL ÁMBITO DEL MINSA</b>										
<b>PROYECCIONES PARA EL AÑO 2010 HASTA EL AÑO 2019</b>										
<b>Grupo Etéreo</b>	<b>Año</b>									
	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
0 a 9 años	50	51	52	52	53	54	54	55	56	56
10 a 19 años	48	44	41	37	34	31	27	24	20	17
20 a 59 años	2,293	2,402	2,511	2,620	2,729	2,838	2,947	3,056	3,165	3,274
60 años a +	2,838	2,976	3,114	3,253	3,391	3,529	3,667	3,806	3,944	4,082
<b>TOTAL</b>	<b>5,229</b>	<b>5,473</b>	<b>5,718</b>	<b>5,962</b>	<b>6,207</b>	<b>6,451</b>	<b>6,696</b>	<b>6,941</b>	<b>7,185</b>	<b>7,430</b>

#### 2.4.8. **Ámbito de EsSalud.**

La demanda potencial de Trasplante de Hígado en el caso de ESSALUD, estaría determinada por aquellos pacientes cuyo diagnóstico está comprendido en el código LT-194 (según la clasificación utilizada en los registros nacionales de EsSalud).

<b>DEMANDA POTENCIAL DE TRASPLANTE DE HÍGADO EN EL ÁMBITO DE ESSALUD</b>										
<b>PROYECCIONES PARA EL AÑO 2010 HASTA EL AÑO 2019</b>										
<b>Grupo Etáreo</b>	<b>Año</b>									
	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
0-14 años	58	59	59	60	60	61	61	62	62	63
15-24 años	77	79	81	82	84	86	88	89	91	93
25-64 años	1,531	1,514	1,498	1,482	1,466	1,450	1,433	1,417	1,401	1,385
65 años a +	2,203	2,294	2,386	2,477	2,568	2,660	2,751	2,842	2,934	3,025
<b>TOTAL</b>	<b>3,869</b>	<b>3,947</b>	<b>4,024</b>	<b>4,101</b>	<b>4,179</b>	<b>4,256</b>	<b>4,333</b>	<b>4,411</b>	<b>4,488</b>	<b>4,566</b>

El siguiente cuadro presenta las proyecciones de la Demanda Potencial de Trasplantes de Hígado en el ámbito de ESSALUD.

#### 2.5. **Marco conceptual**

##### **Programa**

Planificación del trabajo para el desarrollo de actividades con determinados objetivos y metas. Está conformado por objetivos, actividades, metodología y evaluación (Gonzales Hamada, 2017).

##### **Impacto en la salud**

Se mide en determinados períodos y se encarga de evaluar a los planes, programas y actividades de intervención aplicadas a las personas o conjuntos de personas. (Gonzales Hamada, 2017)

##### **Organización funcional**

La organización funcional determina la existencia de diversos supervisores, cada cual especializado en determinadas áreas. Esto significa que la organización no cumple con el

principio de unidad de mando: como la especialización de todos los órganos a cargo. (Gonzales Hamada, 2017)

### **Mecanismo de coordinación**

La estructura de la organización se puede definir como el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas, consiguiendo luego la coordinación de estas. Hay cinco mecanismos que explican las principales formas en que las empresas coordinan su trabajo. (Gonzales Hamada, 2017)

### **Planeamiento**

Elaboración o establecimiento de un plan. (Gonzales Hamada, 2017)

### **Registro**

Acción de registrar. Documento donde se relacionan ciertos acontecimientos o cosas; especialmente aquellos que deben constar permanentemente de forma oficial. (Gonzales Hamada, 2017)

### **Información**

Acción de informar. La información está constituida por un grupo de datos ya supervisados y ordenados, que sirven para construir un mensaje basado en un cierto fenómeno o ente. La información permite resolver problemas y tomar decisiones, ya que su aprovechamiento racional es la base del conocimiento. (Gonzales Hamada, 2017)

### **Diseño**

El proceso mediante el cual se pone en práctica la iniciativa, creatividad y el conocimiento de las personas para obtener un registro inédito de la actividad que desea registrar. (Gonzales Hamada, 2017)

## **Implementación**

Es el conjunto de actividades que después de la planificación se ejecutan como parte del proceso del desarrollo de planes, proyectos y programas.

## **Gestión por Resultados**

Es el resultado de la aplicación del Proceso Administrativo en el desarrollo de las etapas y que buscan alcanzar objetivos claros y precisos acordes al logro de resultados, para un grupo objetivo. (Gonzales Hamada, 2017)

### **2.6. Marco legal**

- Ley General de Salud (Ley No. 26842)
- Modernización de la Seguridad Social en Salud (Ley No. 26790)
- Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud
- Creación del Seguro Social de Salud EsSalud (Ley 27056)
- Reglamento de la Ley de Creación del Seguro Social de Salud

### **III. MÉTODO**

#### **3.1. Tipo de investigación**

Según su propósito el tipo de investigación fue aplicada porque la investigación se dirige fundamentalmente a la resolución de problemas. (Hurtado León, I.; Toro Garrido, J. 1998). Al conocer la situación presente en la Gestión del Departamento de Trasplantes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud, con el fin de aprovechar las oportunidades de mejora que se detecten y de esta manera proponer el Programa Nacional de Enfermedades del Hígado.

El nivel de investigación fue "Descriptivo", ya que permitió describir y registrar las actividades de gestión realizadas por el personal del Departamento de Trasplantes de Hígado con relación al Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud.

El diseño de esta investigación fue "De Campo" empleándose la observación y la recolección de datos tomando en cuenta las actividades realizadas por el personal del Departamento de Trasplantes del Hígado del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud mediante la observación directa el desarrollo del Diseño e implementación del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado.

Por otro lado, también se dice que la investigación fue "No Experimental", porque no se manipularon variables, pero su elaboración contribuyó al mejoramiento continuo del Departamento de Trasplantes y el Servicio de Trasplante de Hígado del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud.

#### **3.2. Población y muestra**

La población fue finita y estuvo representada 15 médicos que laboraron en el servicio quienes evaluaron la gestión de las actividades realizadas por el Departamento de Trasplantes y el Servicio de Trasplante de Hígado del Hospital Nacional Guillermo

Almenara Irigoyen- EsSalud para luego precisar las políticas y objetivos para el Programa Nacional de Enfermedades del Hígado.

La muestra estuvo representada por el total de la población; es decir el 100% constituido por los 15 médicos del Departamento de Trasplantes y el Servicio de Trasplante de Hígado del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud.

### 3.3. Operacionalización de Variables

#### Identificación de variables.

#### Variable Independiente (VI):

Programa Nacional de Enfermedades del Hígado

#### Variable Dependiente (VD):

Impacto en la Salud Pública

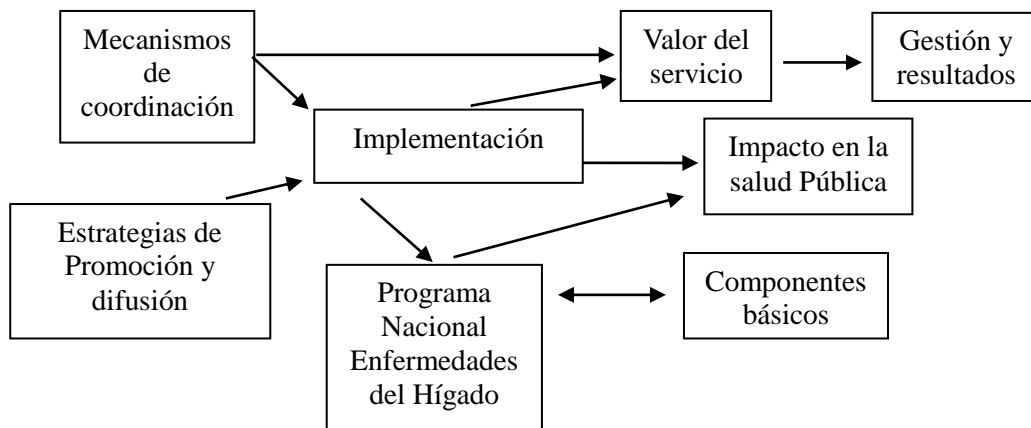


Figura 1. Esquema de relación de variables

### Operacionalización de variables e indicadores.

Variabales	Subvariables	Indicador	Escala de medición	Criterios de medición	Técnica o instrumento de medición	
VI= Programa Nacional de Enfermedades del Hígado	Organización funcional	Nivel normativo	Ordinal	Si/No	Ficha recolección de datos	
		Nivel conductor	Ordinal	Si/No	Ficha recolección de datos	
		Nivel ejecutor	Ordinal	Si/No	Ficha recolección de datos	
	Mecanismos de coordinación	Sistema redes	Nominal	Si/No	Ficha recolección de datos	
		Sistema referencia y contra referencia	Nominal	Si/No	Ficha recolección de datos	
	Planeamiento del programa	Programación	Nominal	Si/No	Ficha recolección de datos	
		Actividades	Nominal	Si/No	Ficha recolección de datos	
		Registro	Nominal	Si/No	Ficha recolección de datos	
		Información y evaluación	Nominal	Si/No	Ficha recolección de datos	
	Registro e información	Instrumentos de registro	Nominal	Si/No	Ficha recolección de datos	
		Instrumentos de información	Nominal	Si/No	Ficha recolección de datos	
	VI= Programa Nacional de Enfermedades del Hígado			Nominal	Componentes Básicos	Ficha recolección de datos
	VD= Impacto en la Salud Publica			Nominal	Positivo Negativo	Ficha recolección de datos



### **3.4. Instrumentos**

La recopilación de datos se desarrolló teniendo en cuenta los siguientes elementos:

La revisión documental, con la recopilación de información para conocer la gestión del Departamento de Trasplantes y el Servicio de Trasplante de Hígado del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud. Se realizaron entrevistas con preguntas no estructuradas, dirigidas al personal médico que labora en el Departamento de Enfermedades del Hígado del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud, con el fin de obtener conocimientos técnicos necesarios para el desarrollo del Plan Estratégico del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado. Favoreciendo la comunicación con el personal del Departamento.

Asimismo, para el desarrollo de este estudio se revisaron todas las fuentes documentales que sirven de soporte, para la obtención de información bibliográfica vinculada a los temas de implementación de un Programa Nacional de Enfermedades del Hígado y se empleó la observación directa, utilizando como instrumento una lista de cotejo para poder recaudar información, lo cual a su vez permitió detectar las actividades de gestión en los establecimientos de salud.

Otro instrumento empleado son las encuestas de manera estructurada, las mismas que guardan relación con el tema en estudio sobre enfermedades del Hígado del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud.

### **3.5. Procedimientos**

Los datos serán evaluados y ordenados, para obtener información significativa, (Gonzales Hamada, 2017). Posteriormente, se procesaran en el Programa SPSS previa codificación de las respuestas contenidas en los instrumentos. La tabulación se realizó en forma combinada manual y electrónica para reducir errores de procesamiento.

Para la base de dato se empleó el Excel y el Word perfect 12 para elaborar la guía estructurada de discusión; para luego alimentar el programa SPSS.

### **Validez y confiabilidad del instrumento.**

La Validez del instrumento, se realizó a través de una ficha de validación el cual fue proporcionado a los expertos constituidos por médicos con grados académicos de doctores en salud pública (Ver Anexo 04). La Confiabilidad del instrumento, fue sometida a prueba de Alpha Cronbach. El estadístico de fiabilidad empleado, Alfa de Cronbach, reveló que los instrumentos empleados son fiables y hacen mediciones estables y consistentes.

#### **Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,81	12
0,61	04
0,71	08

#### **Estadísticos de validez**

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,824
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	142,032
	Gl	12
	Sig.	0,000

El estadístico de fiabilidad y validez empleado, Kaiser-Meyer-Olkin, revela que los instrumentos empleados son válidos ( $KMO > 0,5$ ).

### **3.6. Análisis de datos**

Como el presente estudio se desarrolla bajo el enfoque de investigación cuantitativa, los resultados e información generada fue analizada con el Análisis Estadístico Descriptivo, y el Análisis Inferencial, para la asociación o correlación se emplearon la prueba de significancia Estadística y los intervalos de confianza.

### **3.7. Consideraciones éticas**

La investigación se realizó tomando en cuenta los principios bioéticos salvaguardando el anonimato y la confidencialidad de los datos del investigado. La información solo se utilizará tomando en cuenta los objetivos del estudio. El respeto de la dignidad humana, el principio de justicia y un trato justo y amable de los médicos fueron características relevantes para el desarrollo de la presente investigación.

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 1**

Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

<b>Impacto en la salud pública</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
Negativo	2	13.3
Positivo	13	86.7

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

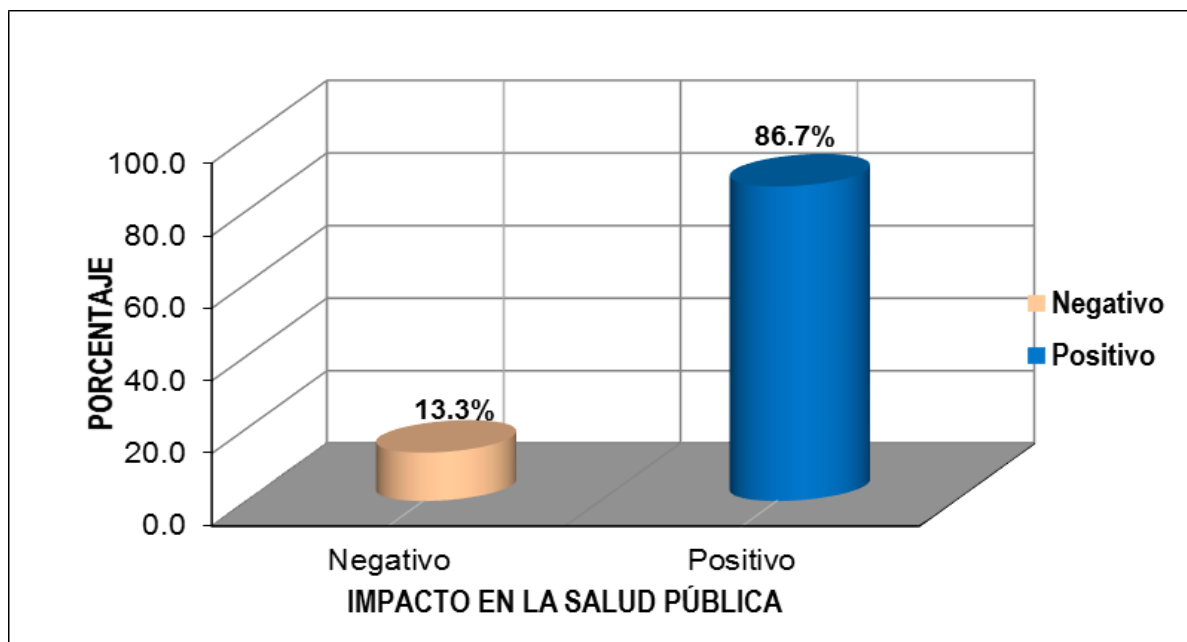


Figura 1. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el Departamento de Trasplantes y el servicio de trasplante de hígado en su mayoría tienen un impacto positivo con 86.7% y negativo con 13.3%.

### a. Organización funcional

**Tabla 2**

Organización funcional. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

<b>Organización funcional</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
No	4	26.7
Si	11	73.3

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

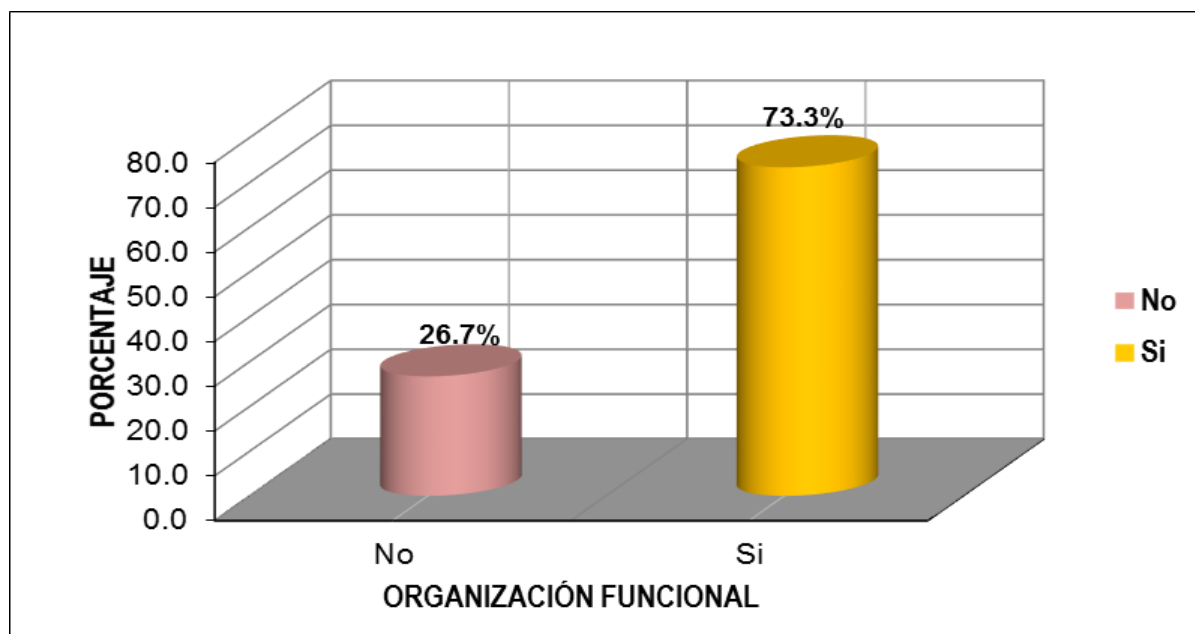


Figura 2. Organización funcional. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el Departamento de Trasplantes y el Servicio de Trasplante de Hígado en su mayoría si tienen organización funcional con 73.3% y no presentan 26.7%.

**Tabla 3**

Nivel normativo. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

<b>Nivel normativo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
No	2	13.3

Si	13	86.7
----	----	------

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

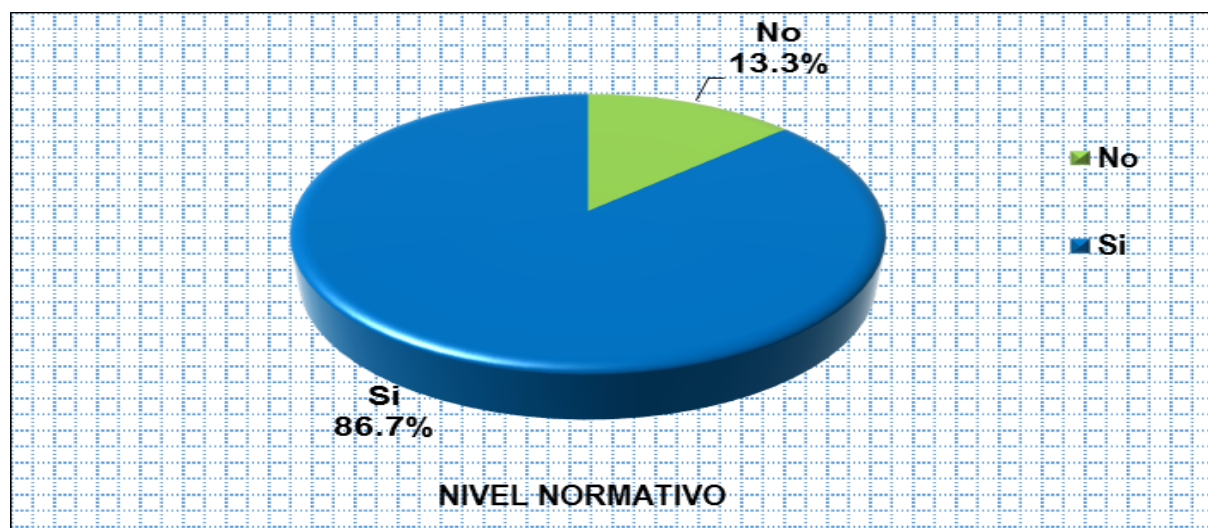


Figura 3. Nivel normativo. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el departamento de trasplantes y el servicio de trasplante de hígado en su mayoría si presentan nivel normativo con 86.7% y no presentan 13.3%.

**Tabla 4**

Nivel conductor. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

Nivel conductor	N°	%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
No	4	26.7
Si	11	73.3

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

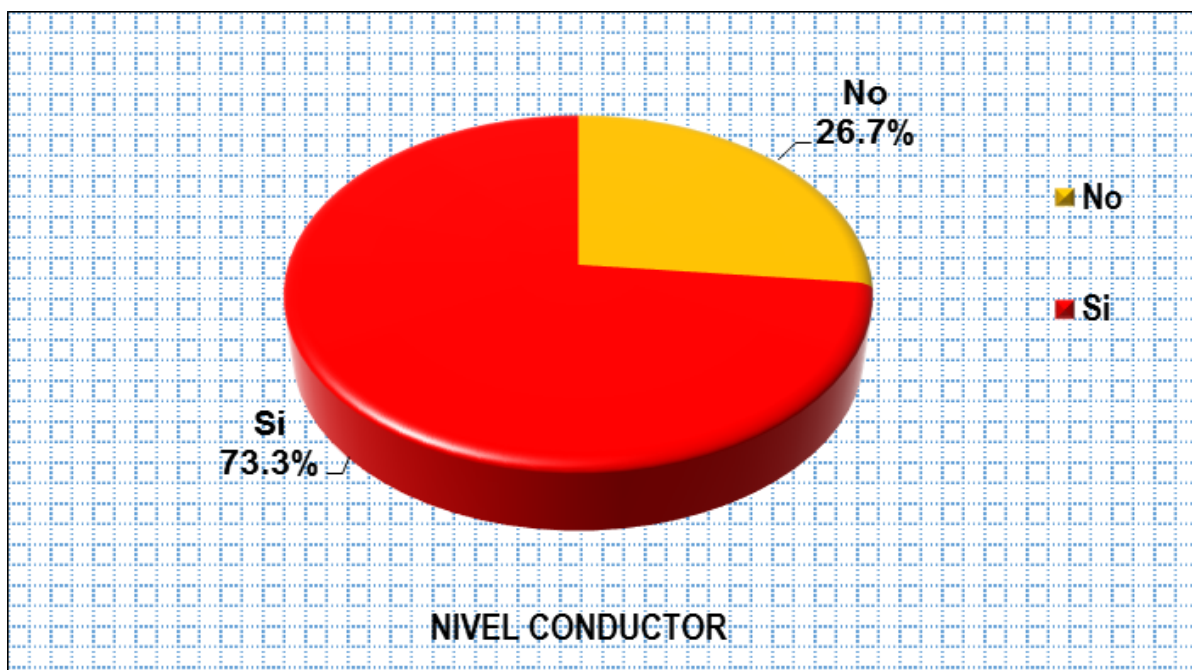


Figura 4. Nivel conductor. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el departamento de trasplantes y el servicio de trasplante de hígado en su mayoría si presentan nivel conductor con 73.3% y no presentan 26.7%.

**Tabla 5**

Nivel ejecutor. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

Nivel ejecutor	N°	%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
No	5	33.3
Si	10	66.7

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

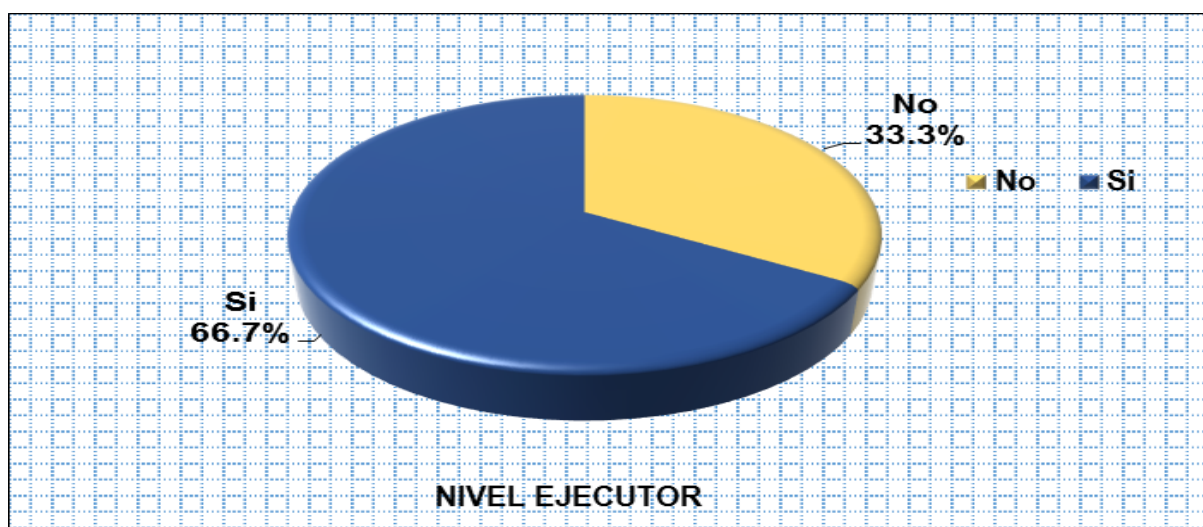


Figura 5. Nivel ejecutor. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el departamento de trasplantes y el servicio de trasplante de hígado en su mayoría si presentan nivel ejecutor con 66.7% y no presentan 33.3%.

#### b. Mecanismos de coordinación

**Tabla 6**

Mecanismos de coordinación. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

Mecanismos de coordinación	N°	%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
No	3	20.0
Si	12	80.0

Fuente: EsSalud – Lima, 2017



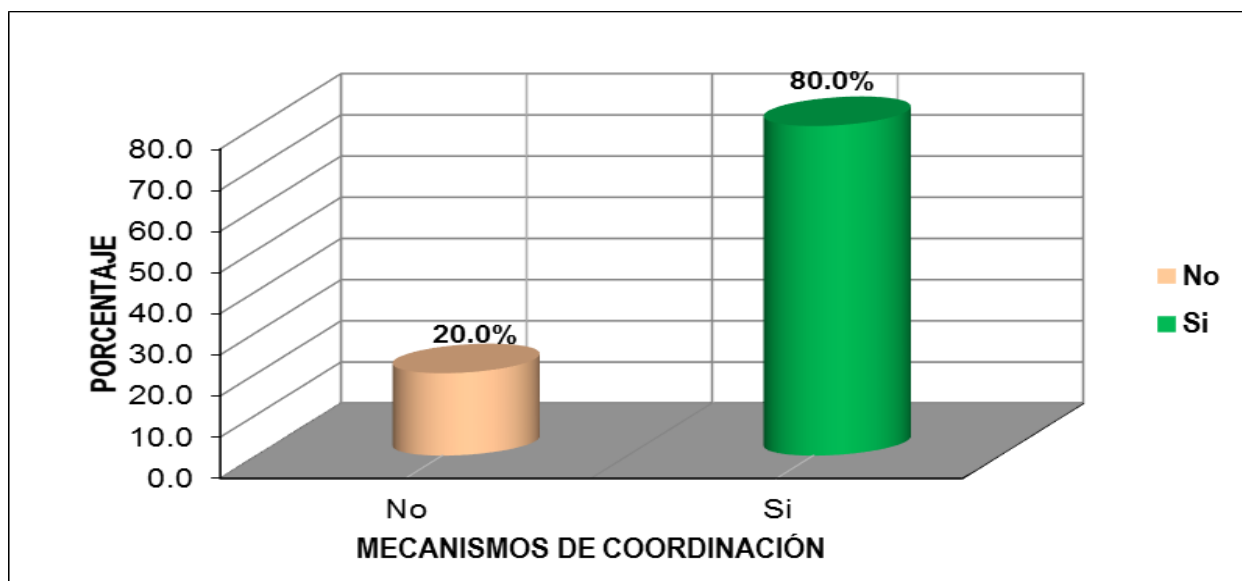


Figura 6. Mecanismos de coordinación. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el departamento de trasplantes y el servicio de trasplante de hígado en su mayoría si poseen mecanismos de coordinación con 80% y no presentan 20%.

**Tabla 7**

Sistema de redes. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

Sistema de redes	N°	%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
No	4	26.7
Si	11	73.3

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

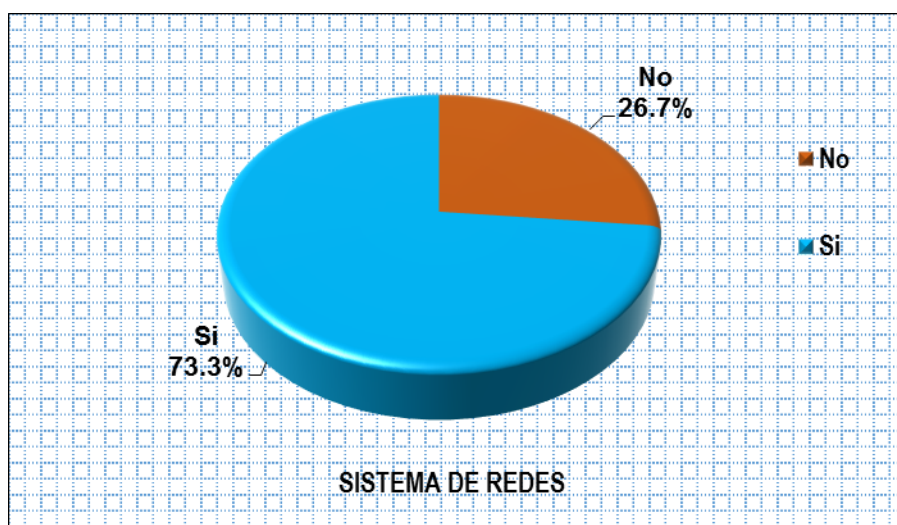


Figura 7. Sistema de redes. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el departamento de trasplantes y el servicio de trasplante de hígado en su mayoría si poseen sistema de redes con 73.3% y no presentan 26.7%.

**Tabla 8**

Sistema de referencia y contrarreferencia. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

Sistema de referencia y contrarreferencia	N°	%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
No	3	20.0
Si	12	80.0

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

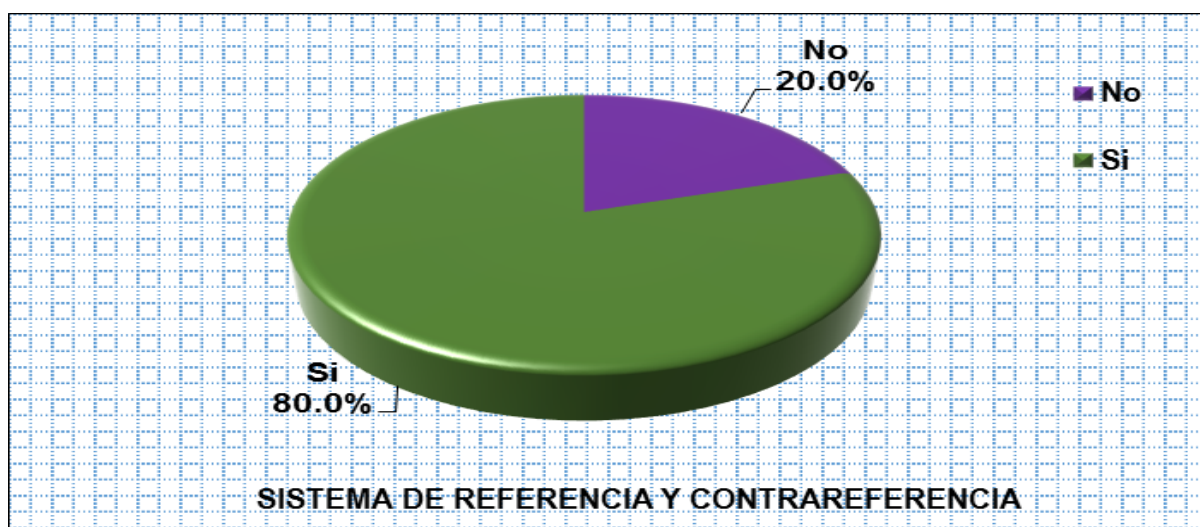


Figura 8. Sistema de referencia y contrarreferencia. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el departamento de trasplantes y el servicio de trasplante de hígado en su mayoría si poseen sistema de referencia y contrarreferencia con 80% y no lo presentan 20%.

### c. Planeamiento del programa

**Tabla 9**

Planeamiento del programa. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

Planeamiento del programa	N°	%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
No	2	13.3
Si	13	86.7

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

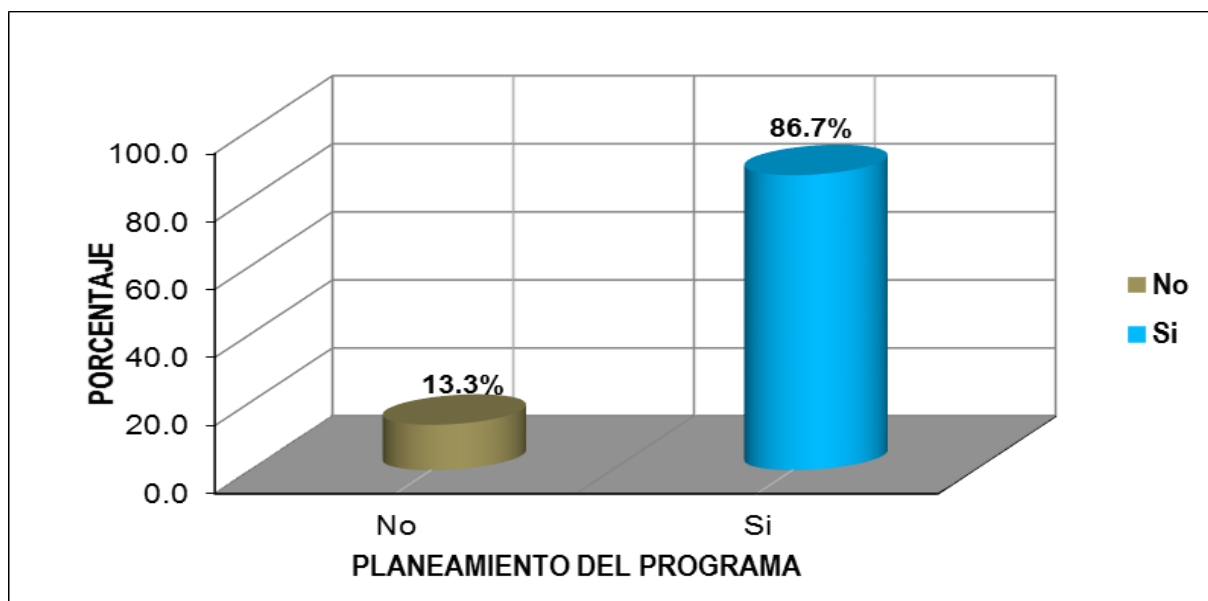


Figura 9. Planeamiento del programa. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el departamento de trasplantes y el servicio de trasplante de hígado en su mayoría si tienen planeamiento del programa con 86.7% y no lo presentan 13.3%.

**Tabla 10**

Programación de actividades. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

Programación de actividades	N°	%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
No	2	13.3
Si	13	86.7

Fuente: EsSalud – Lima, 2017



Figura 10. Programación de actividades. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el departamento de trasplantes y el servicio de trasplante de hígado en su mayoría si tienen programación de actividades con 86.7% y no lo tienen 13.3%.

**Tabla 11**

Criterios técnicos de programación. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

Criterios técnicos de programación	Nº	%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
No	3	20.0
Si	12	80.0

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

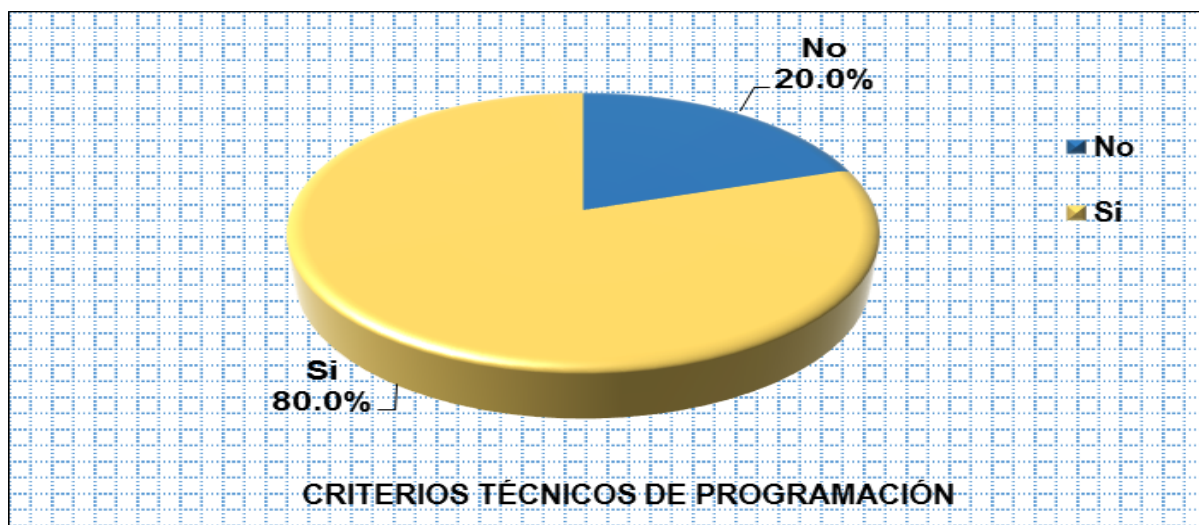


Figura 11. Criterios técnicos de programación. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el departamento de trasplantes y el servicio de trasplante de hígado en su mayoría si tienen criterios técnicos de programación con 80% y no lo tienen 20%.

#### d. Registro e información

**Tabla 12**

Registro e información. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

Registro e información	N°	%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
No	3	20.0
Si	12	80.0

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

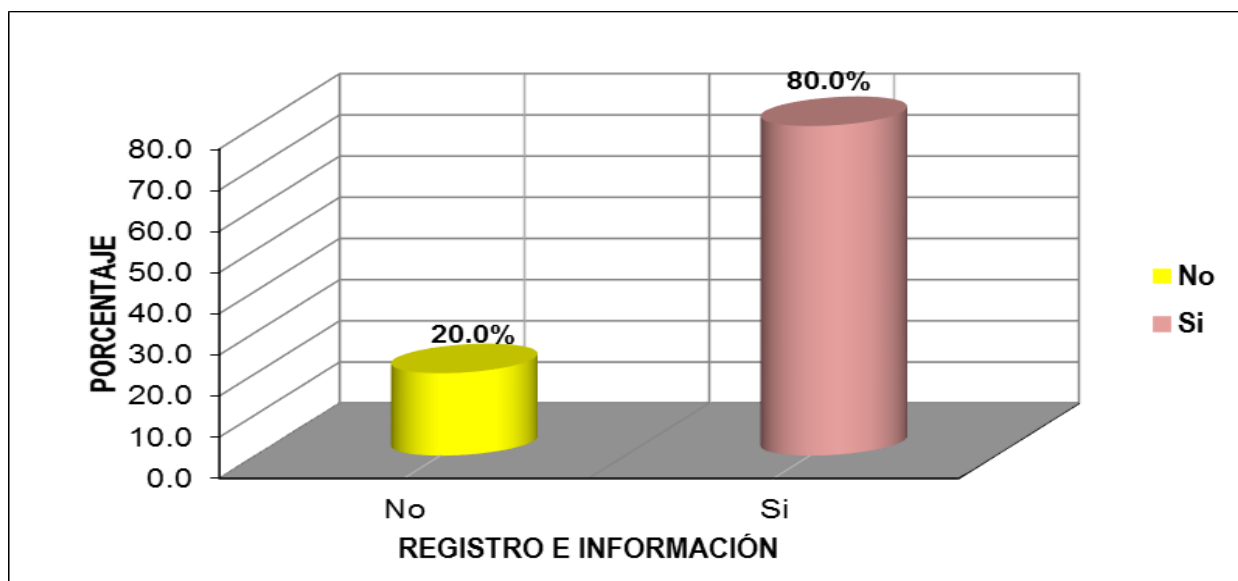


Figura 12. Registro e información. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el departamento de trasplantes y el servicio de trasplante de hígado en su mayoría si tienen registro e información con 80% y no lo tienen 20%.

**Tabla 13**

Instrumento de registro. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

Instrumento de registro	N°	%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
No	3	20.0
Si	12	80.0

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

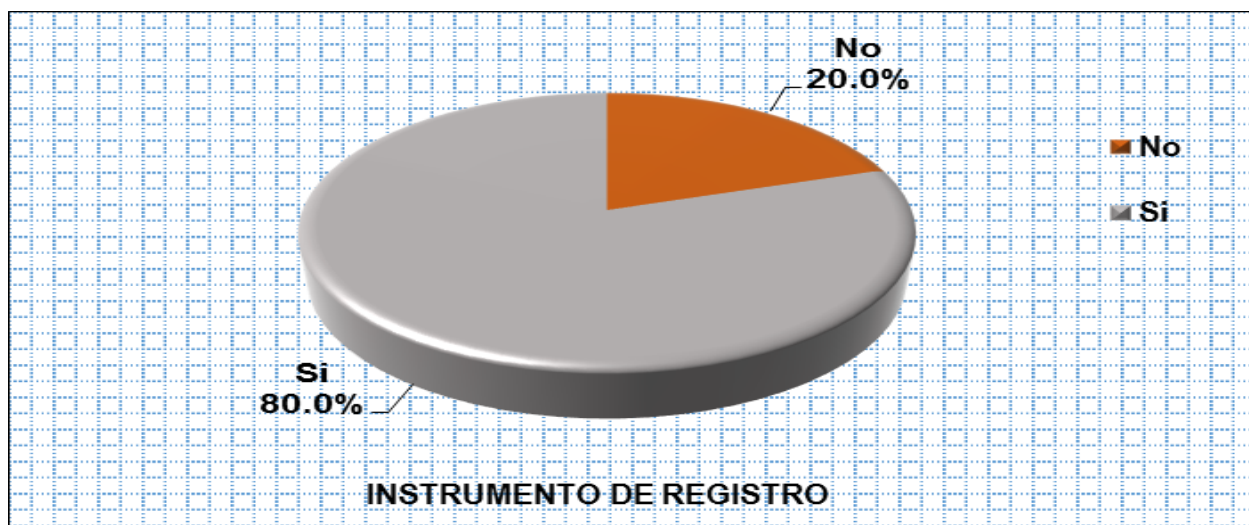


Figura 13. Instrumento de registro. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el departamento de trasplantes y el servicio de trasplante de hígado en su mayoría si tienen instrumento de registro con 80% y no lo tienen 20%.

**Tabla 14**

Instrumentos de información. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

<b>Instrumentos de información</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
No	2	13.3
Si	13	86.7

Fuente: EsSalud – Lima, 2017



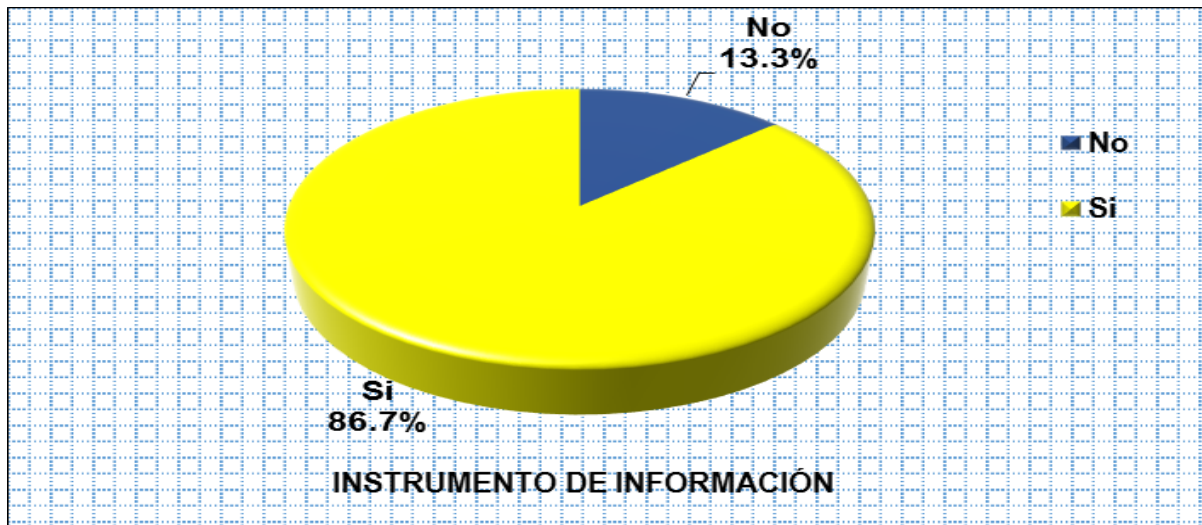


Figura 14. Instrumentos de información. Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública, EsSalud, Lima – Perú, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el departamento de trasplantes y el servicio de trasplante de hígado en su mayoría si tienen instrumentos de información con 86.7% y no lo tienen 13.3%.

#### 4.1.2. Evaluación del Impacto del programa nacional de enfermedades del hígado en la salud pública

**Tabla 15**

Organización funcional según indicadores. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017

Indicadores		Organización funcional				Total	
		No		Si			
		n <sub>1</sub>	%	n <sub>2</sub>	%	n	%
Nivel normativo	a.	2	13.3	13	86.7	15	100
	b.	5	33.3	10	66.7	15	100
	c.	6	40.0	9	60.0	15	100
	d.	1	6.7	14	93.3	15	100
	e.	7	46.7	8	53.3	15	100
	f.	2	13.3	13	86.7	15	100
	g.	3	20.0	12	80.0	15	100
	h.	5	33.3	10	66.7	15	100
	i.	5	33.3	10	66.7	15	100
Nivel conductor	a.	1	6.7	14	93.3	15	100
	b.	3	20.0	12	80.0	15	100
	c.	6	40.0	9	60.0	15	100
	d.	2	13.3	13	86.7	15	100
	e.	7	46.7	8	53.3	15	100
	f.	6	40.0	9	60.0	15	100
	g.	6	40.0	9	60.0	15	100
Nivel ejecutor	a.	4	26.7	11	73.3	15	100
	b.	3	20.0	12	80.0	15	100
	c.	6	40.0	9	60.0	15	100
	d.	7	46.7	8	53.3	15	100
	e.	4	26.7	11	73.3	15	100
	f.	5	33.3	10	66.7	15	100
	g.	2	13.3	13	86.7	15	100

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

**Tabla 16**

Mecanismos de coordinación según indicadores. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017

Indicadores		Mecanismos de coordinación				Total	
		No		Si			
		n <sub>1</sub>	%	n <sub>2</sub>	%	n	%
Sistema de redes	a.	2	13.3	13	86.7	15	100
	b.	7	46.7	8	53.3	15	100
	c.	5	33.3	10	66.7	15	100
Sistema de referencia y contra referencia	a.	3	20.0	12	80.0	15	100
	b.	2	13.3	13	86.7	15	100
	c.	7	46.7	8	53.3	15	100
	d.	8	53.3	7	46.7	15	100
	e.	2	13.3	13	86.7	15	100

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

**Tabla 17**

Planeamiento del programa según indicadores. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017

Indicadores		Mecanismos de coordinación				Total	
		No		Si			
		n <sub>1</sub>	%	n <sub>2</sub>	%	n	%
Programación de actividades	a.	2	13.3	13	86.7	15	100
	b.	4	26.7	11	73.3	15	100
	c.	7	46.7	8	53.3	15	100
	d.	4	26.7	11	73.3	15	100
Criterios técnicos de programación	a.	3	20.0	12	80.0	15	100
	b.	3	20.0	12	80.0	15	100
	c.	4	26.7	11	73.3	15	100
	d.	5	33.3	10	66.7	15	100
	e.	2	13.3	13	86.7	15	100

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

**Tabla 18**

Registro e información según indicadores. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017

Indicadores		Mecanismos de coordinación				Total	
		No		Si			
		n <sub>1</sub>	%	n <sub>2</sub>	%	n	%
Instrumento de registro	a.	3	20.0	12	80.0	15	100
	b.	8	53.3	7	46.7	15	100
Instrumentos de información	a.	4	26.7	11	73.3	15	100
	b.	2	13.3	13	86.7	15	100

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

## 4.2. Prueba de hipótesis

### Hipótesis principal

H<sub>1</sub>: El Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud tiene un impacto positivo en la Salud Pública en Lima –Perú 2017 ( $\Pi > 0.5$ , El porcentaje positivo es mayor al 50%)

H<sub>0</sub>: El Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud no tiene un impacto positivo en la Salud Pública en Lima –Perú 2017 ( $\Pi \leq 0.5$ , El porcentaje positivo no es mayor al 50%))

### Comprobación de hipótesis

La hipótesis principal se contrastó mediante la prueba estadística binomial, que se utiliza para analizar variables dicotómicas y comparar las proporciones observadas en cada categoría de variable y comprobar si el Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud tiene un impacto positivo.

**Tabla 19**

Prueba binomial para comprobar el impacto del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud

	Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)	
	Positivo	1,00	13	,87	,50	,007
	Negativo	,00	2	,13		
	Total		15	1,00		

Fuente: elaboración en IBM SPSS

Decisión: Como  $p=0,007/2=0,0035 < 0.05$ , se rechaza  $H_0$ , es decir que el Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud tiene un impacto positivo en la salud pública en Lima –Perú 2017.

### **Hipótesis específica 1**

H1: La organización funcional del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud si tiene un nivel normativo, conductor y ejecutor (El porcentaje “si” es mayor)

H0: La organización funcional del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud no tiene un nivel normativo, conductor y ejecutor (El porcentaje “si” no es mayor)

### **Comprobación de hipótesis**

La hipótesis se contrastó mediante la prueba estadística binomial, que se utiliza para analizar variables dicotómicas y comparar las proporciones observadas en cada categoría de variable y comprobar si el Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud tiene un impacto positivo en la organización funcional.

**Tabla 20**

Prueba binomial para comprobar la organización funcional del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud

Programa Nacional	Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
	Si	11	,73	,45	,025
	No	4	,27		
	Total	15	1,00		

Fuente: elaboración en IBM SPSS

Decisión: Como  $p=0,025/2=0,0125 < 0,05$ , se rechaza  $H_0$ , es decir que la organización funcional del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud si tiene un nivel normativo, conductor y ejecutor.

### **Hipótesis específica 2**

$H_1$ : Los mecanismos de coordinación del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado si son a través de sistema de redes de referencia y contrarreferencia con otras entidades de la Red de EsSalud (El porcentaje “si” es mayor)

$H_0$ : Los mecanismos de coordinación del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado no son a través de sistema de redes de referencia y contrarreferencia con otras entidades de la Red de EsSalud (El porcentaje “si” no es mayor)

### **Comprobación de hipótesis**

La hipótesis se contrastó mediante la prueba estadística binomial, que se utiliza para analizar variables dicotómicas y comparar las proporciones observadas en cada categoría de variable y comprobar si el Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud tiene un impacto positivo en los mecanismos de coordinación

**Tabla 21**

Prueba binomial para comprobar los mecanismos de coordinación del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud

Programa Nacional		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
	Si	1,00	12	,80	,50	,035
	No	,00	3	,20		
	Total		15	1,00		

Fuente: elaboración en IBM SPSS

Decisión: Como  $p=0,035/2=0,0175 < 0.05$ , se rechaza  $H_0$ , es decir que los mecanismos de coordinación del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado si son a través de sistema de redes de referencia y contrarreferencia con otras entidades de la Red de EsSalud.

### Hipótesis específica 3

$H_1$ : El planeamiento del programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud si comprende programación, actividades, registro, información y evaluación (El porcentaje “si” es mayor)

$H_0$ : El planeamiento del programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud no comprende programación, actividades, registro, información y evaluación (El porcentaje “si” no es mayor)

### Comprobación de hipótesis

La hipótesis se contrastó mediante la prueba estadística binomial, que se utiliza para analizar variables dicotómicas y comparar las proporciones observadas en cada categoría de variable y comprobar si el Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud tiene un impacto positivo en el planeamiento.

**Tabla 22**

Prueba binomial para comprobar el planeamiento del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud

Programa Nacional	Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Si	1,00	13	,87	,50	,007
No	,00	2	,13		
Total		15	1,00		

Fuente: elaboración en IBM SPSS

Decisión: Como  $p=0,007/2=0,0035 < 0.05$ , se rechaza  $H_0$ , es decir que el planeamiento del programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud si comprende programación, actividades, registro, información y evaluación.

#### **Hipótesis específica 4**

$H_1$ : El Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud si debe contar con instrumentos de registro e información (El porcentaje “si” es mayor)

$H_0$ : El Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud no debe contar con instrumentos de registro e información (El porcentaje “si” no es mayor)

#### **Comprobación de hipótesis**

La hipótesis se contrastó mediante la prueba estadística binomial, que se utiliza para analizar variables dicotómicas y comparar las proporciones observadas en cada categoría de variable y comprobar si el Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud tiene un impacto positivo en instrumentos de registro e información.



**Tabla N° 23**

Prueba binomial para comprobar los instrumentos de registro e información del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud

Programa Nacional	Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Si	1,00	12	,80	,50	,035
No	,00	3	,20		
Total		15	1,00		

Fuente: elaboración en IBM SPSS

Decisión: Como  $p=0,035/2=0,0175 < 0.05$ , se rechaza  $H_0$ , es decir que el Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud si debe contar con instrumentos de registro e información.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En los resultados de nuestro trabajo de investigación se demuestra que el impacto en la salud pública del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud es positivo; siendo las actividades realizadas por el departamento de trasplantes y el servicio de trasplante de hígado en su mayoría positivas con 86.7% y negativas con 13.3%. La organización funcional tiene un nivel normativo; realizando en un 86.7%, el papel de conductor en un 73.3% y de ejecutor en un 66.7%. Los mecanismos de coordinación serán a través de sistema de redes en un 73.3% y contrarreferencia en 80% con otras entidades de la Red de EsSalud. El planeamiento del programa comprende una programación de actividades en un 86.7% registro e información y evaluación en un 80%. El Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud cuenta con instrumentos de registro e información. En el trabajo de Valle Díaz, Sergio et al (2015), denominado “Enfermedad hepática por depósito de grasa” del Hospital Provincial Docente Clínico quirúrgico “Saturnino Lora Torres”, Santiago de Cuba se actualiza algunos aspectos relacionados con esta hepatopatía, tales como su actual nomenclatura y nuevo enfoque etiopatogénico, se demuestra, además, que la visión sobre el tema ha cambiado en los últimos años y constituye fuente de investigación en múltiples grupos prestigiosos por las particularidades de su evolución.

Según la Organización Mundial de la Salud, (2014) en “Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014”, toma en cuenta los sistemas públicos de registro de nacimientos y defunciones, registros de hospitales, encuestas de hogares, censos, registros certificados de gastos y datos obtenidos de proyectos de investigación. En la investigación realizada por Mokdad Ali A et al (2014) referente a la “La mortalidad por cirrosis hepática en 187 países 1980 y 2010: un análisis sistemático Antecedentes”, menciona que la cirrosis hepática es una causa importante, pero en gran parte prevenible y subestimada de la pérdida de salud global, el autor afirma que la cirrosis hepática es una causa importante de la carga sanitaria global, con más de un millón

de muertes en 2010. Afirma que su estudio identifica áreas con alta y / o aumento rápido de la mortalidad, donde las medidas preventivas para controlar y reducir los factores de riesgo de cirrosis hepática deben ser reforzadas urgentemente. En la investigación realizada por López-Velásquez, Jorge (2014) denominado “The prevalence of nonalcoholic fatty liver disease in the Americas”, refiere que la enfermedad grasa no alcohólica del hígado (EGNAH) es un alarmante problema de salud pública. Esta enfermedad es una de las principales causas de enfermedad hepática crónica en el mundo y está directamente ligado al incremento de la prevalencia de obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en la población general.

En la investigación realizada por Blachier, Martin et al (2013), denominada “The burden of liver disease in Europe”, refiere que aproximadamente 29 millones de personas en la Unión Europea tienen alguna enfermedad hepática crónica. En el trabajo de Zobair M. Younossi et al (2010). Referente a “Cambios en la prevalencia de las causas más comunes del hígado crónico Enfermedades en los Estados Unidos de 1988 a 2008”, manifiesta que las encuestas nacionales de examen de salud y nutrición, datos recogidos de 1988 a 2008 muestran que la prevalencia de las principales causas de CLD se mantuvo para el NAFLD, que aumentó constantemente, junto con la prevalencia de las condiciones metabólicas. En el trabajo de Martín Domínguez, Verónica (2013) titulado: “Etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del hígado graso no alcohólica”, refiere que la enfermedad por hígado graso no alcohólica (EHGNA) comprende un amplio abanico de alteraciones que va desde la esteatosis simple hasta la esteato hepatitis y la cirrosis. La diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad son los principales factores asociados a la EHGNA. Se ha descrito una prevalencia en la población general de entre el 20-30 %. El desarrollo de hábitos de vida saludables y el ejercicio físico moderado continúan siendo los pilares básicos. En la investigación de Szabo Shelag, et al (2012) referente a “The epidemiologic burden of hepatitis C virus infection in Latin America”, manifiesta que, con el

advenimiento de terapias eficaces disponibles, los responsables de las decisiones en salud deben estimar acuciosamente la prevalencia de la enfermedad para determinar el potencial impacto de las nuevas terapias. Sin embargo, existen escasos estimados de la carga de la enfermedad de forma global o por país en América Latina.

En la investigación de Martins, Tatiana et al (2011), denominada “Epidemiology of hepatitis C virus infection” manifiesta que la hepatitis C es la mayor causa de enfermedad hepática crónica en el mundo. Existe una significativa variación en la prevalencia de la hepatitis C de acuerdo con la región geográfica evaluada. Estas discrepancias reflejan no solamente distintas características epidemiológicas en la población, también diferencias en la metodología. En el trabajo de Arredondo Bruce, Alfredo et al (2010) referente a “Terapias actuales y emergentes en el hígado graso no alcohólico” afirma que el incremento de la obesidad, del síndrome metabólico y su subsiguiente manifestación hepática, el hígado graso no alcohólico, se ha convertido en una enfermedad muy común en la práctica médica. Muchos pacientes con esta enfermedad enfrentan complicaciones relacionadas con el síndrome metabólico en otros órganos y sistemas. En la investigación de Yang, JD et al (2010). Sobre “Hepatocelular carcinoma: A global view”, refiere que el carcinoma hepatocelular (HCC) es un problema de salud global; sin embargo, en los países en vías de desarrollo son desproporcionalmente afectados: más del 80% de los HCC ocurren en tales regiones. Cerca de  $\frac{3}{4}$  de los HCC se deben a infecciones por VHB y VHC.

En las áreas endémicas la transmisión viral ocurre a temprana edad y los individuos infectados desarrollaran HCC en la adultez intermedia. En la investigación realizada por Padilla-Machaca, PM et al (2017) sobre “Trasplante hepático en el Perú”. Hace una descripción y análisis de las indicaciones y beneficios del trasplante hepático en los pacientes cirróticos comparando sus resultados con otros centros internacionales; así como también muestra como ayudan los modelos pronósticos de sobrevida como el score de Child Pugh y el

score de MELD para optimizar la priorización y distribución de los órganos donados. Finalmente muestran sus resultados a mediano y largo plazo, así como los costos calculados para la evaluación pretrasplante, el operativo quirúrgico de trasplante y el seguimiento durante el primer año post trasplante; así como el uso de los fármacos inmunosupresores.

En el trabajo de Valdez Huarcaya, W et al (2016) titulado “Análisis de la Situación de Salud del Perú”, menciona que la mortalidad al año 2013 por cirrosis hepática se ubicó en el 5° lugar como causa de muerte en nuestro país. En cuanto a la determinación de las prioridades en salud en el Perú, tomando en cuenta aquellas enfermedades que producen mayor mortalidad general, producen mayor carga de discapacidad, demandan mayor atención en consulta externa en los establecimientos de salud y de las enfermedades que producen mayor hospitalización en los establecimientos de salud, la cirrosis hepática se ubica dentro de las 21 enfermedades más importantes, ubicándose en el puesto 11.

En la investigación realizada por Chaman Ortiz, J. et al (2011) referente a “Problemática del Trasplante de Órganos y Tejidos en el Perú”, refiere las características de la oferta y demanda nacional de las enfermedades terminales del hígado y riñón, así como la mortalidad y acceso de los pacientes en lista de espera de los principales Trasplantes de Órganos y Tejidos, revisada y presentada por expertos nacionales respecto al trasplante de hígado, riñón y progenitores hematopoyéticos, analizando y comparándolo en el contexto regional y mundial, hace hincapié en la situación actual y los resultados de la actividad de trasplantes en el Perú, así como las perspectivas y alternativas de solución. El mismo autor en su trabajo “10 Años de Trasplante Hepático en el Perú” revisa la experiencia única en el Perú de 10 años de trasplantes realizada por el departamento de trasplantes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), describiendo la historia, resultados quirúrgicos en adultos y niños, retrasplantes, trasplantes combinados hígado-riñón, las diferentes complicaciones encontradas y toda la experiencia recogida en los 72 trasplantes realizados.

En el trabajo de Dávalos Moscol, Milagros (2003) titulado: “Epidemiología de la Cirrosis Hepática en el Perú” refiere que en el Perú; para el año 2000, la enfermedad hepática se ubica en el séptimo lugar como causa de mortalidad global, constituyendo el 4% de la mortalidad en nuestro país. Los varones son el grupo más afectado: 70%. Existe baja prevalencia en las personas menores de 25 años. En vista de que la cirrosis es una enfermedad crónica, si se conocen las causas más frecuentes es posible establecer programas de prevención, detección temprana y de tratamiento, tal como ocurre con la infección por HIV y hepatitis B, las estrategias de vacunación, prevención y tratamiento de los casos iniciales han demostrado que es costo efectivo instaurar medidas de salud pública para disminuir la prevalencia de las consecuencias finales de dichas enfermedades.

## VI. CONCLUSIONES

- El Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud tiene un impacto positivo en la Salud Pública; siendo las actividades realizadas por el departamento de trasplantes y el servicio de trasplante de hígado en su mayoría positivas con 86.7% y negativas con 13.3%.
- La organización funcional del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud tiene un nivel normativo; realizando en un 86.7%, el papel de conductor en un 73.3% y de ejecutor en un 66.7%.
- Los mecanismos de coordinación del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado son a través de sistema de redes de referencia en su mayoría si poseen sistema de redes con 73.3% y contrarreferencia en 80% con otras entidades de la Red de EsSalud.
- El planeamiento del programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud comprende una programación de actividades en un 86.7% registro e información y evaluación en un 80%.
- El Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud cuenta con instrumentos de registro e información.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- El Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud tienen un impacto positivo en la Salud Pública por lo que se recomienda su implementación en forma descentralizada.
- Se debe considerar la organización funcional del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud por presentar un nivel normativo, en el aspecto conductor y ejecutor.
- Se debe tomar en cuenta los mecanismos de coordinación del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado debido a su sistema organizados de redes de referencia y contrarreferencia con entidades de la Red de EsSalud.
- Se debe considera el planeamiento del programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud por presentar un programa de actividades, registro e información y evaluación adecuada.
- Se recomienda que el Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud cuente con instrumentos de registro e información actualizados.



## VIII. REFERENCIAS

- Alonso, F., Garmendia, M., De, A., & Searle, J. (2010). Mortality trend from liver cirrhosis in Chile from 1990 to 2007. *Rev Med Chil* , 1253–1258.
- Análisis de la situación de salud del Perú (2012). Obtenido de [www.ins.gob.pe/.../Análisis%20de%20la%20situación%20de%20salud%20del%20Perú](http://www.ins.gob.pe/.../Análisis%20de%20la%20situación%20de%20salud%20del%20Perú).
- Arredondo Bruce, A., & et al. (2010). Terapias actuales y emergentes en el hígado graso no alcohólico. Cuba: Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente “Amalia Simoni” Camagüey.
- Bertani, S., Pineau, P., Loli, S., J., M., Zimic, M., & et al. (2013). An Atypical Age-Specific Pattern of Hepatocellular Carcinoma in Peru: A Threat for Andean Populations. *PLOS ONE*, 8(6).
- Blachier, M., Leleu, H., Peck-Radosavljevic, M., Valla, D.-C., & Roudot-Thoraval, F. (2013). The burden of liver disease in Europe: A review of available epidemiological data. *Journal of Hepatology*, 593-608.
- Cabezas, C. (2008). Hepatitis viral B y Delta en el Perú: Epidemiología y bases para su control. Lima: Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud .
- Chaman Ortiz, J., & et al. (2010). 10 Años de Trasplante Hepático en el Perú. *Rev. Gastroenterol*, 350-356.
- Chaman Ortiz, J., & et al. (2011). Problemática del Trasplante de Órganos y Tejidos en el Perú. *Rev. Diagnóstico*, 175-184.
- De Martel, C., Ferlay, J., Franceschi, S., J., V., Bray, F., & et al. (2012). Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *Lancet Oncol*, 607–615.

- Del Valle Díaz, S., Piñera Martínez, M., Sanchez Vega, J. A., & Díaz Fondén, J. (2015). Enfermedad hepática por depósito de grasa. *MEDISAN*, 886-896.
- EsSalud. (2016). Contratación de IPRESS del primer nivel de atención para la población asegurada de la red desconcentrada Sabogal de EsSalud en los ámbitos del Hospital I Marino Molina SCIPPA-Comas. Lima: EsSalud.
- Forner, A., Reig, M., De Lope, C., & Bruix, J. (2010). Current strategy for staging and treatment: the BCLC update and prospects. *Semin Liver Di*, 61-74.
- Gonzales Hamada, L. (2017). Impacto en la salud pública del programa de trasplante renal, EsSalud, Lima-Perú 2017. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal. Escuela Universitaria de Posgrado.
- J., Y., & Roberts, L. (2010). Hepatocellular carcinoma: A global view. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 448-458.
- Kew, M. (1996). Progress towards the comprehensive control of hepatitis B in Africa: a view from South Africa. *Gut*.
- LEY N°28189 (2005). Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos. Reglamento de la Ley 28189 .
- López-Velásquez, J. (2014). The prevalence of nonalcoholic fatty liver disease in the Americas. Ciudad de México: Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina UNAM. .
- Marchio, A., & et al. (2014). A Peculiar Mutation Spectrum Emerging from Young Peruvian Patients with Hepatocellular Carcinoma. *PLOS ONE*.
- Martín Domínguez, V. (2013). Etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del hígado graso no alcohólica. Madrid: Hospital Universitario La Princesa. Universidad Autónoma de Madrid.

- Martins, T., & et al. (2011). Epidemiology of hepatitis C virus infection. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, 57, 105-110.
- Medianero Burga, D. (2014). Marco conceptual del proceso de planeamiento estratégico en el sector público. Lima: Dirección Nacional de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas.
- Mokdad Ali, A., & et al. (2014). La mortalidad por cirrosis hepática en 187 países 1980 y 2010: un análisis sistemático.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). 63a Asamblea Mundial de la Salud. . Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Organización Mundial de la Salud.
- Padilla-Machaca, P., & et al. (2017). Trasplante hepático en el Perú. *Rev. Diagnostico* , 31-35.
- (2012). Programas del Ministerio de Salud Pública.
- Robinson, H., & Hort, K. (2012). Non-communicable diseases and health systems reform in low-and-middle-income countries. *Pac Health Dialog*, 179–190.
- Secretaría de Salud Lieja . (2001). Programa de Acción: Trasplantes Primera Edición. México: Secretaría de Salud Lieja.
- Szabo, M., Bibby, M., Yuan, Y., Donato, B., Jiménez-Mendez, R., Castañeda-Hernández, G., . . . Levy, A. (2012). The epidemiologic burden of hepatitis C virus infection in Latin America. *Annals of hepatology*, 623-635.
- Tagle Arróspide, M. (2010). Hígado Graso no Alcohólico. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Valdez Huarcaya, W., & et al. (2017). Análisis de la Situación de Salud del Perú. Lima: Ministerio de Salud del Perú.

Zobair, M., Younossi, & et al. (2010). Cambios en la prevalencia de las causas más comunes del hígado crónico Enfermedades en los Estados Unidos de 1988 a 2008. Centro de Enfermedades Hepáticas, Inova Fairfax Hospital.

## IX. ANEXOS

### Anexo 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

#### “Impacto del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en la Salud Pública, EsSalud, Lima-Perú 2017”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cuál es el impacto en la salud pública del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud, Lima –Perú 2017?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los niveles de la <b>organización funcional</b> del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud?</li> <li>• ¿Cuáles son los <b>mecanismos de coordinación</b> del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado con otras entidades de la Red de EsSalud?</li> <li>• ¿De qué manera se debe realizar el <b>planeamiento del programa</b> Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud?</li> <li>• ¿Cómo debe ser el <b>registro e información</b> del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud?</li> </ul>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar el impacto del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en la salud pública en EsSalud, Lima –Perú 2017</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los niveles de la <b>organización funcional</b> del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud</li> <li>• Identificar los <b>mecanismos de coordinación</b> del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado con otras entidades de la Red de EsSalud</li> <li>• Diseñar el <b>planeamiento del programa</b> Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud</li> <li>• Identificar el <b>registro e información</b> del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud</li> </ul>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p>El Programa Nacional de Enfermedades del Hígado de EsSalud tiene un impacto positivo en la salud pública en Lima –Perú 2017</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La <b>organización funcional</b> del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud tiene un nivel normativo, conductor y ejecutor</li> <li>• Los <b>mecanismos de coordinación</b> del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado son a través de sistema de redes de referencia y contrarreferencia con otras entidades de la Red de EsSalud</li> <li>• El <b>planeamiento del programa</b> Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud comprende programación, actividades, registro, información y evaluación.</li> <li>• El Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en EsSalud debe contar con instrumentos de <b>registro e información</b></li> </ul>	<p>Variable Independiente:</p> <p>Programa Nacional de Enfermedades del Hígado (VI):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización funcional</li> <li>• Mecanismos de coordinación</li> <li>• Planeamiento del programa</li> <li>• Registro e información</li> </ul> <p>Variable Dependiente (VD):</p> <p>-Impacto en la Salud Pública</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positivo</li> <li>• Negativo</li> </ul>	<p><b>POBLACIÓN:</b></p> <p>La población es finita y está representada por todas las actividades realizadas por el Departamento de Trasplantes y el Servicio de Trasplante de Hígado del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud</p> <p><b>MUESTRA:</b></p> <p>La muestra va a estar representada por la evaluación de las actividades de la gestión realizadas por el Departamento de Trasplantes y el Servicio de Trasplante de Hígado del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud.</p> <p><b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</b></p> <p>-Descriptivo -Aplicada -De campo</p> <p><b>INSTRUMENTOS A UTILIZARSE</b></p> <p>Guía de observación la gestión</p> <p><b>PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</b></p> <p>Fox Pro-6.0 para la conformación de la base de datos (codificación); el Programa SPSS v. 21 para el análisis matemático y el Programa Excel versión 2000</p>

## ANEXOS N° 02

### GUÍA DE OBSERVACION N° 1

#### PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES DEL HÍGADO -ESSALUD

**Instrucciones generales:** La presente Guía de observación o ficha de recolección de datos, tiene como propósito evaluar la propuesta del **Programa Nacional de Enfermedades del Hígado** de EsSalud

#### 1. Organización Funcional

<b>Indicadores y subindicadores</b>		Si	No
<b>Nivel normativo</b>	a. Planifica, organizar y conduce el Programa Nacional de Enfermedades del Hígado en el ámbito nacional de EsSalud.		
	b. Formula las normas, procedimientos, guías, protocolos y Control de Calidad del Programa.		
	c. Formula y propone los aspectos técnicos, procesos procedimientos de las actividades preventivas correspondientes a las prestaciones primarias en coordinación con la Subgerencia de Prevención de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud.		
	d. Coordina con los Órganos desconcentrados los mecanismos de ejecución de actividades.		
	e. Coordina con las organizaciones extrainstitucionales afines a tema para fortalecer el desarrollo de las acciones a seguir en el país.		
	f. Supervisa el cumplimiento de las normas y procedimientos emitidos, así como la calidad del servicio que se brinda tanto por el personal de la institución como por los servicios contratados, ejecutando la retroalimentación correspondiente y brindar asistencia técnica.		
	g. Evalúa permanentemente el impacto del programa en la población a efecto de dirigir las reprogramaciones que requieran las actividades sensibles a los objetivos y metas trazadas.		
	h. Coordina con la Oficina de Planeamiento e Inteligencia sanitaria para el establecimiento del perfil epidemiológico de las enfermedades del hígado en la población asegurada.		
	i. Determina las prioridades de capacitación y coordinar su ejecución con la Gerencia de Desarrollo y capacitación.		
<b>Nivel conductor</b>	a. Gerencia la conducción del Programa de Enfermedades del Hígado en el ámbito de su competencia.		
	b. Cumple y hace cumplir las normas nacionales en función de su realidad.		
	c. Desarrolla cursos de Prevención de las Enfermedades del Hígado en coordinación con la Subgerencia de Prevención y el Programa de la red asistencial.		
	d. Garantiza la continuidad del Programa a través de una adecuada y oportuna distribución de insumos, medicamentos, recursos humanos, materiales y logísticos de acuerdo al nivel de complejidad.		
	e. Realiza trimestralmente actividades de supervisión y evaluación a los establecimientos de salud de su jurisdicción para establecer el estado de funcionamiento del programa e informar al nivel Normativo Conductor.		

	f. Facilita la capacitación técnica y operacional de salud por lo menos una vez al año.		
	g. Los coordinadores de atención Primaria remiten la información de los CAS al coordinador médico del programa de enfermedades del hígado para que lo consolide y remita la información a nivel central.		
Nivel ejecutor	a. Gerencia la conducción del Programa de Enfermedades del Hígado en el ámbito de su competencia.		
	b. Cumple y hace cumplir las normas nacionales en función de su realidad.		
	c. Desarrolla cursos de Prevención de las Enfermedades del Hígado en coordinación con la Subgerencia de Prevención y el Programa de la red asistencial.		
	d. Garantiza la continuidad del Programa a través de una adecuada y oportuna distribución de insumos, medicamentos, recursos humanos, materiales y logísticos de acuerdo al nivel de complejidad.		
	e. Realiza trimestralmente actividades de supervisión y evaluación a los establecimientos de salud de su jurisdicción para establecer el estado de funcionamiento del programa e informar al nivel Normativo Conductor.		
	f. Facilita la capacitación técnica y operacional de salud por lo menos una vez al año.		
	g. Los coordinadores de atención Primaria remiten la información de los CAS al coordinador médico del programa de enfermedades del hígado para que lo consolide y remita la información a nivel central.		

## 2. Mecanismos de coordinación

Indicadores y subindicadores		Si	No
Sistema de redes	a. La información generada a través de sistema de redes hace uso adecuado y oportuno de los datos operacionales		
	b. Diseño de un sistema sencillo y confiable de información que permite el registro de datos a medida que acontecen y se desarrollan las actividades en los centros asistenciales de EsSalud.		
	c. El registro, procesamiento y análisis de la información operacional epidemiológica es responsabilidad del equipo multidisciplinario del Programa nacional de Enfermedades del Hígado		
Sistema de referencia y contrarreferencia	a. Para el diagnóstico definitivo de enfermedad hepática a realizarse en CAS de mayor nivel.		
	b. Paciente con diagnóstico de enfermedad hepática para su manejo especializado. La referencia y el manejo de pacientes con enfermedades del hígado debe ser de la especialidad de gastroenterología, hepatología en el programa.		
	c. El paciente referido accede a las interconsultas que sean necesarias en las diferentes especialidades de acuerdo a su condición clínica y sin necesidad de hacer nuevos trámites de referencia o contra referencia.		
	d. Se realizan de cargas virales de virus de hepatitis B y C, genotipaje, u otras pruebas especializadas de laboratorio o de imágenes (TEM, RMN) para el control regular del paciente.		
	e. Todo paciente que pierda su condición de asegurado es derivado al establecimiento de Salud MINSA más cercano a su zona de residencia.		

### 3. Planeamiento del programa

Indicadores y subindicadores		Si	No
Programación de actividades	a. Consejería		
	b. Taller		
	c. Charla educativa		
	d. Visita domiciliaria		
Criterios técnicos de programación	a. Consulta medica		
	b. Control de enfermería		
	c. Atención psicológica		
	d. Atención social		
	e. Control nutricional		

### 4. Registro e información

Indicadores y subindicadores		Si	No
Instrumento de registro	a. Presenta libro de registro diario de consejería y búsqueda de casos con enfermedades del hígado		
	b. Presenta hoja de notificación epidemiológica		
Instrumentos de información	a. Tiene informe operacional trimestral		
	b. Presenta parte diario de actividades		



## ANEXOS N° 03

### GUÍA DE OBSERVACION N° 2

#### COMPONENTES BASICOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES DEL HIGADO DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN-ESSALUD

**Instrucciones generales:** La presente Guía de observación, tiene como propósito evaluar los componentes básicos del Programa Nacional de Enfermedades del Hígado del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud

N°	Elemento	Si	No
1.	Introducción		
2.	Antecedentes		
3.	Justificación		
4.	Objetivos		
5.	Metas		
6.	Universo		
7.	Limites		
8.	Organización		
9.	Recursos		
10.	Actividades		
11.	Información		
12.	Supervisión		
13.	Evaluación		
14.	Cronograma		
15.	Bibliografía		
16.	Anexos		

#### IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA

N°	Elemento	Si	No
1.	Impacto		

## ANEXO N° 04

### GUÍA DE VALIDEZ PARA EL EXPERTO

**INSTRUCTIVO:** Marque con un aspa (X) en el recuadro que corresponda a su respuesta y escriba en los espacios en blanco sus observaciones y sugerencias en relación a los ítems propuestos.

Emplee los siguientes criterios:      **A:** De acuerdo      **B:** En desacuerdo

ASPECTOS PARA CONSIDERARSE	A	B
1. ¿Las preguntas responden a los objetivos de la investigación?		
2. La pregunta realmente mide la variable		
2.1. Variable independiente		
2.2. Variable dependiente		
3. ¿El instrumento persigue el objetivo general?		
4. ¿El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos?		
5. ¿Las ideas planteadas son representativas del tema?		
6. ¿Hay claridad en los ítems?		
7. ¿Las preguntas despiertan ambigüedad en sus respuestas?		
8. ¿Las preguntas responden a un orden lógico?		
9. ¿El número de ítem por dimensiones es el adecuado?		
10. ¿El número de ítems por indicador es el adecuado?		
11. ¿La secuencia planteada es la adecuada?		
12. ¿Las preguntas deben ser reformuladas?		
13. ¿Deben considerarse otros ítems?		

**EXPLIQUE AL FINAL:**

OBSERVACIONES	SUGERENCIAS

-----  
Nombre y firma del Experto