



FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

TESIS

**ESTRATEGIAS DE GESTIÓN
TECNOLOGICA EN EL ASEGURAMIENTO
DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL
PACIENTE EN LA UNIDAD DE ADMISIÓN,
REGISTROS MÉDICOS, REFERENCIAS Y
CONTRAREFERENCIAS DEL HOSPITAL
REGIONAL LAMBAYEQUE 2016.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

Autor (es):

**BACH. Leonardo Díaz, Carlos
BACH. Torres Díaz, Roxana**

Asesor(a):

Mag. Guerrero Millones Ana María

**Línea de Investigación:
Sistemas Administrativos**

**Pimentel – Perú
Año 2018**

Título de la Tesis

**ESTRATEGIAS DE GESTIÓN TECNOLÓGICA EN EL ASEGURAMIENTO
DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE
ADMISIÓN, REGISTROS MÉDICOS, REFERENCIAS Y
CONTRAREFERENCIAS DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUI
2016.**

Aprobación de la Tesis.

Mag. Guerrero Millones Ana María
Asesor metodólogo

MBA. Villanueva Calderón Juan Amílcar
Asesor especialista

MBA. Villanueva Calderón Juan Amílcar
Presidente del jurado

Mag. Failoc Piscoya Dante Roberto
Secretario del jurado

Mag. Hernández Terán Saúl
Vocal del jurado

DEDICATORIA

A Dios quién supo guiarme por el buen camino, brindándome fuerzas para seguir adelante y no desfallecer ante los problemas que se presentan en la vida, guiándome para encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Torres Díaz Roxana

A Dios por brindarme inteligencia y sabiduría para seguir adelante, a mi familia por quienes soy lo que soy ya que son mi motivación, inspiración y felicidad.

Leonardo Díaz Carlos

AGRADECIMIENTO

Primero y, antes que nada, dar gracias a Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por todos los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorar la vida, cada día más.

Torres Díaz Roxana

Mi mayor reconocimiento y gratitud a mi asesora Mag. Guerrero Millones Ana María por su valioso aporte, que permitió encaminar y desarrollar el presente trabajo de investigación.

Leonardo Díaz Carlos

RESUMEN

La gestión en salud es un proceso dinámico que se ajusta a las necesidades de salud de la población, lo que implica la provisión de servicios de calidad, en Lambayeque el escenario social de la salud está cambiando constantemente y de manera acelerada, y como tal, varían las necesidades percibidas y por lo tanto se hace más compleja la demanda en los servicios de salud. Esta integración entre niveles deberá ser reformulada a partir del conocimiento de la problemática actual, de mensurar las acciones de salud que se están llevando adelante para establecer si la dirección es la correcta.

Por otro lado, la tendencia del mismo al aumento de las citas, así como de la población asegurada ya que los hospitales no resiste el aumento sostenido de consultas que genera la falta de articulación entre niveles de salud. La unidad de admisión de Registros Médicos, Referencias y Contrareferencias es responsable de organizar, dirigir y supervisar el desarrollo de las actividades de la Oficina de Historia Clínica, Referencia y Contrareferencia; asimismo la atención de citas de consulta externa, citas por teléfono, hospitalización, gestión de la programación del personal médico. El problema en la actualidad se presenta en la atención informativa del asegurado, lo que hace necesario la debida evaluación de la situación actual de los procesos de atención y servicios a los asegurados por el SIS el cual se refleja en la satisfacción del paciente.

PALABRAS CLAVE: Referencias y Contrareferencias, admisión de Registros Médicos.

ABSTRAC

Health management is a dynamic process that is adjusted to the health needs of the population, which implies the provision of quality services, in Lambayeque the social scenario of health is constantly changing and accelerated, and as such, the perceived needs vary and therefore the demand in the health services becomes more complex. This integration between levels must be reformulated based on the knowledge of the current problem, of measuring the health actions that are being carried out to establish whether the address is correct. On the other hand, the tendency of the same to the increase in appointments, as well as the insured population since hospitals do not resist the sustained increase in consultations that generates the lack of articulation between levels of health. The unit of admission of Medical Records, References and Counterreferences is responsible for organizing, directing and supervising the development of the activities of the Office of Clinical History, Reference and Counter-referral; also the attention of appointments of external consultation, appointments by telephone, hospitalization, management of the programming of the medical personnel. The problem at present is presented in the informative care of the insured, which makes necessary the proper evaluation of the current situation of the care and services processes to the insured by the SIS which is reflected in the patient's satisfaction.

KEYWORDS: References and Counterreferences, admission of Medical Records.

INDICE

Aprobación del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstrac	vi
CAPÍTULO I	ix
INTRODUCCIÓN	10
1.1. Realidad Problemática	10
1.2. Trabajos previos	13
1.3. Teorías relacionadas al tema	17
1.4. Formulación del problema	76
1.5. Justificación e Importancia del estudio	77
1.6. Hipótesis	78
1.7. Objetivos	78
CAPÍTULO II	80
MATERIAL Y MÉTODO	81
2.1. Tipo y Diseño de la Investigación.	81
2.2. Población y Muestra.	82
2.3. Variables, Operacionalización	84
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	87
3.5. Procedimientos de análisis de datos	89
3.6. Aspectos éticos.	91
3.7. Criterios de rigor científico	91
CAPÍTULO III:	94
RESULTADOS	95
3.1. Tablas y Figuras	105
3.2. Discusión de los resultados	126
3.3. Aporte científico (propuesta)	128
CAPÍTULO VI:	139
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	140
4.1. Conclusiones	140
4.2. Recomendaciones	141
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	142
ANEXOS:	145

ÍNDICE DE FIGURAS

TABLA N° 3.4.1: Variable de Investigación.	92
Figura N° 2.0: Pacientes por Grupo de edad en el HRL.	116
Figura N° 2.1: Como se Informó de especialidades en el HRL.	117
Figura N° 2.2: Cómo obtuvo una cita en este hospital	118
Figura N° 2.3: Cómo se informa si consiguió una cita en el HRL.	119
Figura N° 2.4: Como solicita análisis clínicos en el HRL.	120
Figura N° 2.5: Como solicita RX, mamografías, tomografías en el HRL.	121
Figura N° 2.6: Para conseguir una recita como lo realizo en el HRL.	122
Figura N° 2.7: Como se enteró si llego su medicamento que no había en Farmacia por falta de stock en el HRL.	123
Figura N° 2.8: Especialidad atendida la primera vez en este en el HRL.	124
Figura N° 2.9: Recomendaría este hospital a sus familiares y conocidos.	125
Figura N° 2.10: Nivel de satisfacción con el Hospital y la atención médica que recibió.	126
Figura N° 2.11: Cómo calificaría las instalaciones de este hospital.	127
Figura N° 2.12: Se le recibió cordial y adecuadamente por el personal de módulo de atención.	128
Figura N° 2.13: A su llegada al Hospital los trámites de ingreso le resultaron.	129
Figura N° 2.14: El tiempo que le dedicó el médico fue suficiente.	130
Figura N° 2.15: Podría indicar la cercanía de este hospital a su domicilio.	131
Figura N° 2.16: ¿Volvería para ser atendido en este hospital?	132
Figura N° 2.17: Cuál es su nivel de satisfacción con el personal de enfermería.	133
Figura N° 2.18: Cuál es su nivel de satisfacción con el personal administrativo.	134

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

En la búsqueda de lograr mayor eficiencia y eficacia en el uso de los recursos, el Hospital Regional de Lambayeque tiene que ser organizada en niveles y escalones de complejidad estructurados según niveles de atención. Estos son definidos a partir de las funciones de producción, buscando optimizar el uso social de los recursos y garantizar su productividad e impacto. En actualidad han existido infinidad de cambios en el entorno laboral dentro de las organizaciones tanto públicas como privadas; organizaciones que buscan acelerar el ritmo de trabajo de sus colaboradores; llegando a ser estas exitosas y competitivas.

En el Contexto Internacional.

Frigo (2013). El concepto de niveles de atención se basa en que existe una necesidad de asistencia originada en una situación o problema de salud específicos, y un grado de complejidad necesario para lograr la capacidad de resolución adecuada en términos de sistema de salud, determinando el tipo de servicio que debería ser ofrecido para satisfacer esa necesidad. De ese modo se presume la existencia de una relación de eficacia y eficiencia entre la complejidad de un problema de salud y la de los métodos y los problemas o necesidades que se presentan más frecuentemente requieren tecnologías simples. En la medida en que las respuestas a una determinada necesidad en salud escapan a la capacidad tecnológica de un nivel de atención, deben quedar bajo la responsabilidad de un nivel de mayor complejidad. Esta forma de adecuar progresivamente los recursos y la tecnología a las necesidades, se relaciona también con el tamaño de los grupos de población y su ubicación geográfica, quedando las tecnologías relativamente más simples más cerca del asegurado (SIS), con una mayor accesibilidad geográfica y cultural; mientras que los recursos más complejos y costosos se concentran en establecimientos hospitalarios, buscando mayor eficiencia en su uso.

En el Contexto Nacional.

Mora (2012). El ordenamiento de la oferta de servicios según clasificación y grado de prioridad de las demandas y necesidades de salud y de las funciones de producción pertinentes, implica de hecho la organización de un sistema de referencia y contrareferencia que asegure el acceso oportuno y universal al nivel de atención que corresponda para el problema que se intenta resolver. La optimización de la referencia y contrareferencia entre niveles de atención conlleva a la disminución de los obstáculos o barreras que se interponen entre la búsqueda de atención por parte del paciente y el logro de la misma.

Este es el punto importante, ya que debe efectuarse la integración funcional de los recursos, de acuerdo con su complejidad y capacidad de resolución, respetando las particularidades de operación y la diversidad de intereses originados en las distintas dependencias administrativas de los servicios a través de un proceso de programación en cada sistema local de salud.

En el Contexto Local.

La gestión en salud es un proceso dinámico que se ajusta a las necesidades de salud de la población, lo que implica la provisión de servicios de calidad.

Según **Uriarte (2012)**, en Lambayeque el escenario social de la salud está cambiando constantemente y de manera acelerada, y como tal, varían las necesidades percibidas y por lo tanto se hace más compleja la demanda en los servicios de salud.

Esta integración entre niveles deberá ser reformulada a partir del conocimiento de la problemática actual, de mensurar las acciones de salud que se están llevando adelante para establecer si la dirección es la correcta.

La interacción entre niveles asistenciales funcionando como red coordinada de servicios que proporcionan la continuidad asistencial a una población determinada tiene más ventajas sanitarias y económicas que inconvenientes.

Por otro lado, la tendencia del mismo al aumento de las citas, así como de la población asegurada ya que los hospitales no resiste el aumento sostenido de consultas que genera la falta de articulación entre niveles de salud.

La unidad de admisión de Registros Médicos, Referencias y Contrareferencias es responsable de organizar, dirigir y supervisar el desarrollo de las actividades de la Oficina de Historia Clínica, Referencia y Contrareferencia; asimismo la atención de citas de consulta externa, citas por teléfono, hospitalización, gestión de la programación del personal médico.

El problema en la actualidad se presenta en la atención informativa del asegurado, lo que hace necesario la debida evaluación de la situación actual de los procesos de atención y servicios a los asegurados por el SIS el cual se refleja en la satisfacción del paciente.

El Hospital Regional Lambayeque tiene un plan de desarrollo de las personas quinquenal y anual, la Dirección de Docencia-Departamento de Capacitación, lo ha trabajado, tiene PDP QUINQUENAL 2014-2018 y PDP anual 2014, 2015 y actualmente se aprobó el PDP 2016, el cual es un plan en donde se plasman todas las capacitaciones de todos las áreas del hospital para su respectiva aprobación y ejecución donde se parte desde las necesidades de cada servicio y se prioriza para ejecutar y por ende brindar una mejor atención al público interno y externo y por lo tanto desempeñar mejor las labores.

Por lo que se identificó lo siguiente:

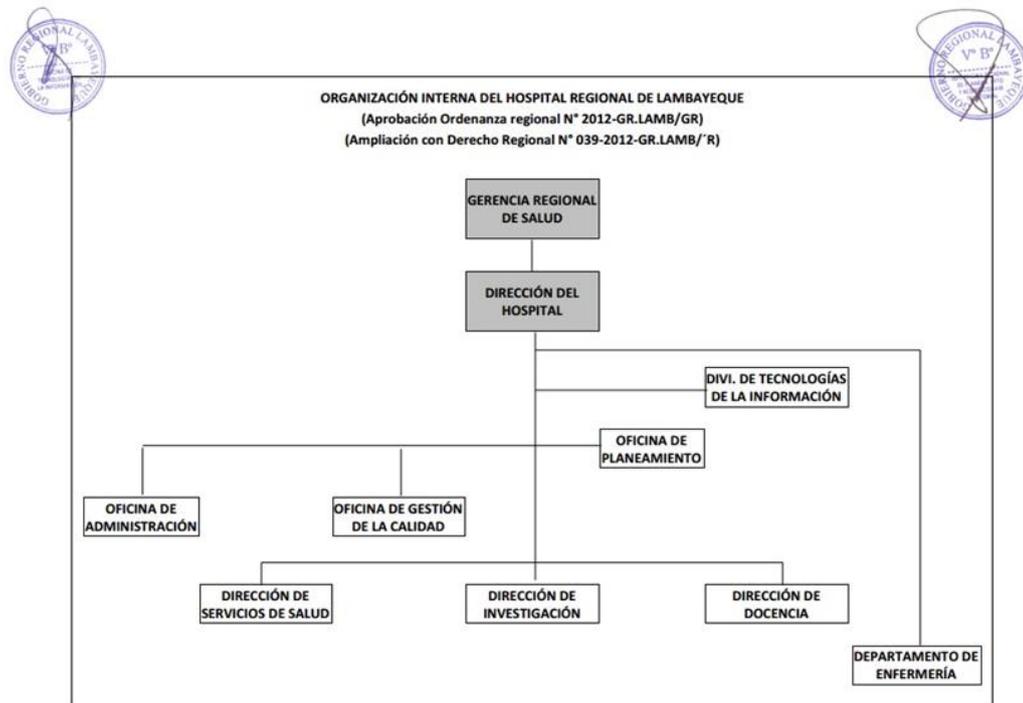
Misión

Somos el Hospital Regional Lambayeque de alta complejidad que brinda servicios integrales de salud, con calidad, equidad y eficiencia, con personal calificado, competente y comprometido, desarrollando Investigación y Docencia, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas.

Visión

Ser al 2018 un hospital docente y de investigación, líder, competitivo y reconocido a nivel nacional e internacional, que satisface las necesidades de salud de las personas.

Figura 01: Organigrama



Con todo ello analizado se formuló el problema:

1.2. Trabajos Previos

A Nivel Internacional.

TESIS INTERNACIONALES.

UNIVERSIDAD: Universidad Católica Andrés Bello De Venezuela

TITULO: Plan de Calidad para la Atención y Servicio al Usuario de La Unidad De Patología Cervical del Hospital de Coro.

AUTOR: Llovera Camacho Alejandro José.

RESUMEN: La siguiente tesis, enmarcada en una investigación de tipo proyectivo de nivel descriptivo , con un diseño documental, de campo, no experimental y transeccional; tuvo la finalidad de diseñar un plan de calidad basado en las normas ISO 9001:2000 Sistema de Gestión de calidad; directrices para las mejora de los procesos en las organizaciones de los

servicios de salud y en la norma ISO 10005:2005 sistema de gestión de calidad directrices para los planes de calidad y aplicarlo en la unidad de patología cervical del hospital universitario del Coro. Se realizó un enfoque en el proceso de atención y servicio, ya que esto permite estandarizar, analizar y organizar las actividades de atención al usuario. Como resultado a lo anterior; esta investigación identifico los elementos para el diseño de un plan de calidad.

La metodología aplicada se basó en el modelo de auditoria de procesos para evaluar los servicios de hospitales, la tormenta de ideas, el diagrama de causa efecto de Ishikawa, el diagrama de Pareto para identificar los problemas principales y un análisis situacional utilizando una matriz FODA. Con esta metodología se define la importancia del plan de calidad, acompañado de la descripción de los procesos a mejorar. Como conclusión plantea la aplicación de este modelo a otras áreas del hospital y la necesidad de un manual de la calidad.

Nivel Nacional

UNIVERSIDAD: Universidad Mayor de San Marcos Lima.

TITULO: Calidad de atención percibida por los pacientes hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2015.

AUTOR: Mamani Macedo, María Luz

UNIVERSIDAD: Universidad Mayor de San Marcos Lima.

TITULO: Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al Hospital MINSAs Vitarte.

AUTOR: Podestá Gavilano, Luis Enrique.

El Sistema Nacional de Referencias y Contrarreferencias se inicia en 1995 en MINSAs, para dar atención continua a los pacientes asegurados, especialmente a los de provincias que no tenían oportunidad alguna en recibir atención en hospitales de mayor capacidad resolutive y retornar al centro asistencial de origen al solucionar el motivo de la referencia.

Se consideran 3 niveles de atención:

Hospital nivel I (Hospitales de Apoyo, Centros de Salud, Puestos de Salud), Hospital nivel 2, Hospital y Hospital nivel 4.

En el año 1995 se define el Sistema de Referencias, objetivos, tipos de Referencia y Procesos.

En el Año 1998: Primera Convención de Referencias y Contrarreferencias se da una nueva propuesta de normas y flujos

Y en el Año 2000, se elabora la Directiva 011.GG-MINSA (vigente) que busca flexibilidad, rapidez y disminución de los procedimientos administrativos.

Entre los antecedentes de calidad se presentan anteriormente las investigaciones vinculadas con la investigación, desarrolladas por tesis de la Universidad Católica Andrés Bello, consultada hasta la fecha:

Tal como manifiesta Galvis (2011), en su trabajo especial de grado especialista en gerencia de servicios asistenciales de salud, titulado: Calidad de atención de salud percibida por el usuario del área de consulta de medicina familiar del ambulatorio urbano tipo II, Mérida. La autora plantea que el modelo tradicional se enfrenta a un elevado costo, disminución de la accesibilidad y creciente población que demanda cada vez más atención y que la escasez de personal atenta contra la calidad de la atención en salud.

Por otro lado Figueroa (2010) hace referencia en su trabajo especial de grado de especialista en gerencia de servicios de salud, titulada: Calidad de atención a los pacientes externos del laboratorio de emergencia del Hospital Vargas de Caracas. El diseño de investigación fue evaluativo de tipo descriptivo, se usó la observación, un diagnóstico situacional y se diseñó una encuesta de opinión para determinar las expectativas del paciente con una escala de Likert. Se evalúa el proceso de atención.

Nivel Local.

Otras investigaciones consultadas para el presente trabajo:

Lizarzabel, Añez, Romero (2011). Esta investigación tiene por objetivo identificar la satisfacción del usuario como indicador de calidad en el servicio de gastroenterología del Hospital Universitario UNPRG. Es un estudio tipo descriptivo, exploratorio donde se evalúa la satisfacción y los autores

consideran que la calidad se puede evaluar al final al medir el impacto de la calidad asistencial.

1.2.1. Estado del Arte

El Plan Nacional de Desarrollo (2012-2018), considera que la construcción de país que los peruanos aspiramos, exige que pongamos nuestro sistema de salud a la altura de los retos y las necesidades del siglo XXI, en especial responder con eficiencia, calidad y justicia a los desafíos sanitarios, que son la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte en el territorio nacional.

Se dice también que hoy Perú enfrenta una compleja agenda de salud pública; ya que sufrimos todavía de enfermedades del subdesarrollo, como las asociadas a padecimientos infecciosos, desnutrición, y al mismo tiempo enfrentamos desafíos de los países avanzados, como el cáncer, la obesidad, las cardiopatías y la diabetes. Además, junto con esta transición epidemiológica, enfrentamos rezagos inocultables como los elevados índices de mortalidad materno-infantil.

Por lo tanto, tomando en cuenta estas realidades y consideraciones, el Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018 propone, en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

De este modo para cumplir este compromiso, se diseñó el Programa Nacional de Salud 2012-2018, el cual está estructurado en torno a cinco grandes objetivos de política social:

Mejorar las condiciones de salud de la población.

Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.

Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.

Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.

Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en nuestro país.

1.3. Teorías relacionadas al tema

Normatividad

- Ley No 26842, Ley General de Salud.
- Ley No 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/MINSA que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud
- Resolución Ministerial N° 143-2008/MINSA que constituye el Comité Técnico de Clima Organizacional.
- Resolución Ministerial Resolución Ministerial N° 626 - 2008 / MINSA .Que aprueba la Directiva Administrativa N° 142-MINSA/OGGRH-V.01 "Normas y Procedimientos para el Proceso de Evaluación del Desempeño y Conducta Laboral"

Perspectivas Legales de la Seguridad Social

Constitución de la República

- Artículo 10°: "El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida".
- Artículo 11°: "El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa, asimismo, su eficaz funcionamiento".
- Artículo 12°: "Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley".

Acuerdo Nacional

13º Política de Estado. Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social.

Compromisos del Estado:

- “Promoverá el acceso universal a la salud en forma gratuita y la participación regulada y complementaria del sector privado”.
- “Fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes”.
- “Incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud”.
- “Restablecerá la autonomía del Seguro Social”.

Base Legales

- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y su Reglamento aprobado por el D. S. N° 009-97-SA; y normas modificatorias, aprobadas por D. S. N° 001-98-S.A. Y Decreto de Urgencia N° 008-2000.
- Resolución de Gerencia General No 478 PE--MINSa-2007 de fecha 14 de Septiembre del 2007, que aprueba el reglamento de Organización y Funciones del Hospital II del Seguro Social.
- Resolución de Gerencia General N° 433-GG-MINSa-2006, que aprueba la Clasificación de los Centros Asistenciales de MINSa.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 734-PE-MINSa-2006, que aprueba las funciones de la Unidad Orgánica de Dirección de las Redes Asistenciales Tipo A, B, C y Microrredes Asistenciales.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 824-PE-MINSa-2004, de fecha 27 de Septiembre del 2004, que aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Red Asistencial Lambayeque, y su modificatoria con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 734-PE-MINSa-2006 de fecha 07 de Noviembre del 2006.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 012-PE-MINSa-2007, que aprobó la Estructura. Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (MINSa)

- Resolución de Gerencia General N° 382-GG-MINSA-2007, que aprueba la Norma Técnica “Definición, Características y Funciones de los Centros Asistenciales del Primer Nivel de Atención de MINSA.
- Resolución de Gerencia General N° 549-GG-MINSA-2007, que establece los Niveles de Atención de los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - MINSA
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 391-PE-MINSA-2006, que dispone los “Lineamientos de Política y Plan de Actividades de Mejora de la Calidad de las Prestaciones del Seguro Social de Salud (MINSA).
- Resolución de Gerencia General N° 1455-GG-MINSA-2,007, que aprobó la Directiva N° 014-GG-MINSA-2,007, “Norma Marco para la Formulación, Aprobación y Actualización de Documentos Técnicos, Normativos y de Gestión en MINSA.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 211-PE-MINSA-2008, que aprueba el Ordenamiento Territorial de MINSA y los conceptos de referencia.

En el Marco de los Objetivos del Milenio – ODM

El punto de partida para este presente trabajo es el eje estratégico 2: Oportunidades y acceso a los servicios, en cuanto a la salud, el Plan Bicentenario considera fundamental que la cobertura del seguro de salud, que hoy beneficia al 35% de la población, esté al alcance del 100% hacia el año 2021. También debemos reducir a cero el número de defunciones de niños menores de un año, que en la actualidad es de 20 por cada 1000 niños nacidos vivos.

Los indicadores de salud en el Perú varían sustantivamente dependiendo de la ubicación geográfica, la situación económica, los niveles de urbanización o la pertenencia a grupos étnico-culturales.

La principal causa de defunción en el Perú son las enfermedades transmisibles, que en el año 2007 produjeron 165 muertes por cada 100 000 habitantes, dos veces menos a la registrada en el año 1987 (347). Las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el segundo lugar (132,8), cuya

reducción no es significativa en relación al año 1987. La mortalidad por tumores y causas externas se ha incrementado en los últimos veinte años, mientras que la mortalidad por afecciones perinatales no ha tenido mayor variación (1987: 22,7; 2007: 20,7). En el análisis de la mortalidad según causas específicas (más desagregadas), se observa que la primera causa de muerte corresponde a las infecciones respiratorias agudas, con una tasa de 111,6 muertes por cada 100 000 habitantes. En segundo lugar se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón. Le siguen las enfermedades del sistema urinario, del sistema respiratorio y las cerebrovasculares, con tasas de 32,8, 32,6 y 31,4, respectivamente.

En los últimos veinte años el perfil de mortalidad se ha modificado sustantivamente. La muerte por enfermedad cerebrovascular subió notoriamente de la posición 21 en el año 1987 a la posición 5 en el 2007. Lo mismo sucedió con la mortalidad por diabetes mellitus, que subió de la posición 20 a la 12; el tumor maligno de próstata, que pasó de la posición 30 a la 22; la septicemia, de la posición 12 a la 6; y la sepsis del recién nacido, de la posición 49 a 37. Por otro lado, se observa un descenso en la posición de las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales y del sistema nervioso, las cuales han pasado de la posición 2 a la 35 y de la 3 a la 19, respectivamente. La mortalidad por tuberculosis bajó de la posición 5 a la 20 y la mortalidad por apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal pasó de la posición 14 a la 29.

En conclusión, desde el punto de vista de la mortalidad, las enfermedades más importantes son: las infecciones respiratorias agudas (principalmente neumonías), las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades del sistema urinario (principalmente insuficiencia renal), las enfermedades cerebrovasculares y la sepsis neonatal. Cabe mencionar que la mortalidad por tumores se ha incrementado en los últimos veinte años.

Desde el punto de vista de la muerte prematura, las enfermedades que producen mayores años de vida potencialmente perdidos son: las infecciones respiratorias agudas, los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, las malformaciones congénitas, las deformidades y anomalías cromosómicas, los eventos de intención no determinada (causas externas,

homicidios, suicidios), los accidentes que obstruyen la respiración y la sepsis neonatal.

Durante el año 2008, la primera causa de morbilidad en el total de atenciones de consulta externa realizadas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSa) fueron las infecciones agudas de las vías respiratorias, las cuales representan alrededor del 30% del total de atenciones. Le siguieron muy por debajo las afecciones dentales y periodontales (9,1%), otras enfermedades infecciosas y parasitarias y sus secuelas (6,2%) y las enfermedades infecciosas intestinales (5,8%). El perfil de la morbilidad de la consulta externa muestra por lo tanto una predominancia de las enfermedades infecciosas, las cuales representan más del 40% del total de atenciones.

Respecto a la discapacidad, es decir aquella que produce mayores años de vida sana perdidos por discapacidad (AVISA), las principales causas son: otras infecciones con el 6%, principalmente el VIH (20 741 AVISA), la hepatitis B (4398 AVISA), la helmintiasis (3836 AVISA), la bartonelosis (2540 AVISA); seguida de la depresión unipolar (5,2%), las infecciones de las vías respiratorias bajas (4,8%,) el abuso de alcohol y dependencia (4,4%), la neumoconiosis (3,4%), la anoxia, asfixia y trauma al nacimiento (3,0%) y los accidentes de tránsito (3,0%).

Por la metodología de carga de enfermedad se ponen en evidencia daños a la salud que de otra forma pasarían inadvertidos, como es el caso de la depresión unipolar y el abuso de alcohol y dependencia. Estos daños necesitan ser abordados desde diferentes aspectos, así como la respuesta de los establecimientos a los mismos, pues solo se tienen algunas instituciones del sector público como referentes para su atención y estas se encuentran centralizadas en la capital. En el caso de abuso de alcohol y dependencia, todavía existen deficiencias normativas y rectoras, toda vez que existen instituciones del sector privado que atienden este tipo de patologías pero que no reportan al MINSa, o el MINSa no articula adecuadamente la parte normativa de los sistemas de información y atención de esta clase de daños, los cuales no solo afectan a los sectores más pobres sino que también a los estratos más ricos.

En la sierra y la selva, nacer con salud y en buenas condiciones es un derecho aún por alcanzar. La tasa nacional de mortalidad infantil, que de 96 se redujo a 21 por cada 1000 nacidos vivos, y luego a 20 en el año 2009.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) Continua 2009, la tasa de mortalidad infantil rural fue de 27 defunciones por cada 1000 nacidos vivos y la urbana de 17. Si comparamos estos valores con las tasas estimadas en la ENDES 2000 (45 en el área rural y 24 en el área urbana), notaremos que se ha producido un descenso del 40,0% en el área rural y del 29,2% en el área urbana.

Si comparamos la tasa de la ENDES 2009 con la de la ENDES 2000, veremos que la mortalidad infantil ha descendido en el área rural de 60 a 27 por 1000 nacidos vivos, mientras que en la zona urbana solo disminuyó de 28 a 17 por 1000. Por regiones geográficas, los niños que nacen en la selva y la sierra tienen un mayor riesgo de mortalidad, 25 y 23 por 1000 respectivamente, frente a los de Lima Metropolitana, cuya tasa de mortalidad es de 11 por 1000 nacidos vivos. Asimismo, existe una mayor mortalidad entre los hijos de madres sin educación o con estudios de primaria (36 y 29 por 1000) frente a los hijos cuyas madres cuentan con un mayor nivel educativo, específicamente con estudios superiores (16 por 1000).

Refiriéndose a América Latina, el informe de UNICEF sobre el estado mundial de la infancia registra una marcada disminución de la tasa de mortalidad en el Perú, lo que ha mejorado significativamente nuestra posición con relación a los países de la región, sin embargo, es necesario seguir trabajando para reducir este indicador, sobre todo en las zonas rurales donde la mortalidad infantil es mayor.

Las principales causas de la aún elevada mortalidad infantil en el Perú son la falta de acceso a servicios de salud con facilidades obstétricas y la escasa adaptación cultural al parto atendido por profesionales entrenados. Según los resultados de la ENDES Continua 2009, el 70,4 % de los partos en la sierra y el 67,8% de los partos en la selva fueron atendidos en establecimientos de salud públicos o privados, mientras en las zonas rurales solo lo fueron el 59,0%.

El relativamente bajo nivel de atención del embarazo en establecimientos de

salud, la reducida capacidad de resolución de estos, así como el inicio tardío en las atenciones prenatales, explican en su mayor parte la mortalidad materna. Cada año fallecen un poco más de quinientas mujeres por alguna complicación relacionada con su embarazo, y la mayoría de estas madres pertenece a las zonas rurales y de pobreza y pobreza extrema. Asimismo, las muertes ocurren principalmente debido a complicaciones obstétricas, como hemorragias durante el embarazo y el parto, toxemia (causada sobre todo por preeclampsia severa), infecciones, así como abortos.

Entre los países de América del Sur, la mortalidad materna en el Perú es la segunda mayor después de Bolivia, y entre los de América Latina, la tercera después de Haití. El promedio latinoamericano es de 130 por cada 100 000 nacidos vivos.

Los daños al grupo materno perinatal muestran la necesidad de un abordaje mucho más amplio del binomio madre-niño. Si bien hay avances con la eliminación de la barrera económica por intermedio del Seguro Integral de Salud (SIS), todavía hay aspectos que deben ser corregidos tanto desde la parte preventiva promocional como de la misma atención en los establecimientos. La población peruana está en plena transición demográfica por la disminución de la mortalidad y la fecundidad, lo cual influirá en la estructura de edades en los próximos años. Sin embargo, en los sectores mayoritarios no hay oportunidad, debido a la inequidad y desigualdad, de que se cumplan tres factores para controlar la fecundidad: que la población esté “lista” (haberse iniciado el descenso de la mortalidad), esté “dispuesta” (tener la motivación) y sea “capaz” (tener acceso a las técnicas y conocerlas); sobre todo este último, vinculado con la inequitativa educación e información en el Perú que impide una transición demográfica, en especial en los sectores rurales.

En lo que respecta a las enfermedades infecciosas emergentes o reemergentes de mayor criticidad, se observa una disminución en su incidencia, el pico más alto de casos de malaria (247 229) se presentó en 1998, mientras que en el 2009 disminuyeron a 36 966 casos. En tuberculosis (TBC), se observa similar tendencia decreciente desde el año 1992.

Aseguramiento en Salud

Uno de los problemas del acceso a la salud es el alcance de los seguros de salud, el cual es relativamente limitado, incluso para personas con empleo. Según la ENAHO 2009, solo el 21,9% de la PEA ocupada tiene acceso al seguro de MINSA, mientras que el 45,44% carece de seguro de salud.

Objetivos, Lineamientos, Prioridades, Metas, Acciones y Programas Estratégicos.

Salud y aseguramiento

1. Garantizar el financiamiento desde los diferentes niveles de gobierno para el aseguramiento universal en salud.
2. Descentralizar los servicios de salud y garantizar el acceso universal a la atención de salud y la seguridad social y a los servicios de agua potable y saneamiento básico, priorizando a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad y adoptando un enfoque de interculturalidad.
3. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y priorizar las acciones para reducir la mortalidad materna y de niños entre 0 a 5 años.
4. Fomentar el enfoque preventivo y controlar las enfermedades transmisibles, crónicas degenerativas, mentales y de drogadicción.
5. Establecer la normativa para proteger la salud ambiental y fiscalizar su cumplimiento.
6. Promover la ampliación de la cobertura de la seguridad social en materia previsional a nivel nacional.

Reseña de MINSA.

En el año 1951, por ley 11672 se creó el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social- Dirección de Construcciones, cuya finalidad era la realización de obras y servicios destinados a mejorar las condiciones sanitarias del país. Esta institución concentró hasta 1960 sus mayores esfuerzos en la construcción y equipamiento de hospitales mediante el financiamiento de proyectos de cooperación no-reembolsable, donaciones y préstamos de países como Holanda, Alemania, Hungría y Checoslovaquia.

Más adelante, en 1970 se creó la Dirección de Construcciones, Equipamiento y Mantenimiento, donde se continuó con las construcciones y el equipamiento de los hospitales; y, por primera vez, el Ministerio de Salud asumió el mantenimiento de Establecimientos de Salud a Nivel Nacional.

En octubre de 1985, mediante D.L. N° 351 se crea el Servicio Nacional de Inversiones (SIN), cuya finalidad era conducir y controlar la ejecución de estudios, así como la construcción y conservación de obras de Infraestructura Física, Equipamiento, Rehabilitación y Conservación de Equipos de Centros de Salud, Hospitales y otros establecimientos de Salud en el Ámbito Nacional; del mismo modo efectuar estudios y ejecutar obras de Saneamiento Básico Rural a nivel Nacional.

Años más tarde, mediante D.S. N° 002-92 SA publicado en el Diario Oficial "El Peruano" el 20 de agosto de 1992 se aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", y en su título 6° de la 4ª Disposición Complementaria se crea el Programa Nacional de Equipamiento y Mantenimiento (PRONAME), dependiente de la Alta Dirección, encargado de conducir y ejecutar a nivel nacional proyectos de inversión, de mantenimiento, conservación de equipos, instalación de los servicios de salud.

Con Resolución Ministerial N° 073-97-SA/DM/OGP/OP del 04 de febrero de 1997, el PRONAME se desactiva como Entidad Ejecutora.

Más adelante, mediante Ley N° 27876 publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el 14 de diciembre de 2002, se modifica la 5ª Disposición Complementaria, Transitoria y Final de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, donde precisa que el Programa Nacional de Equipamiento y Mantenimiento (PRONAME), en adelante se denominará Programa Nacional de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento (PRONIEM).

Mediante el D.S. N° 023-2005 SA publicado en el Diario Oficial "El Peruano" el día 01 de enero de 2006, se aprueba el 'Reglamento de Organización y

Funciones del Ministerio de Salud'. En la Primera Disposición Complementaria, Transitoria y Final se indica que la DGIEM se constituye con el personal, bienes y acervo documentario del Programa de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento (PRONIEM). Mediante Resolución Ministerial se dictarán las medidas complementarias.

Con el anexo- D.S. N° 023-2005 SA publicado en el Diario Oficial El Peruano el 05 de Enero del 2006, en el Capítulo II se establece la Estructura Orgánica del Ministerio de Salud, en su numeral 7 como órganos de Línea del Ministerio de Salud se encuentra comprendida la Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento- DGIEM.

Finalmente con Decreto Supremo N° 011-2008-SA del 04 de junio del 2008, se modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (ROF) en el Art. 65° Dirección de Infraestructura, donde se incluye los literales i), j) y k) y el Art. 66° Dirección de Equipamiento, se sustituye el literal a) y se incorpora el literal i) Art. 67° Dirección de Mantenimiento, inclúyase los literales i) y j).

El aporte de la DGIEM en toda su trayectoria ha sido en todo momento muy importante y positivo para el país; un ejemplo de ello es cuando se participó en la conducción y ejecución de grandes proyectos nacionales como por ejemplo: la supervisión de la construcción y equipamiento de los Hospitales del "Grupo Alemán", Hospitales Rurales y otros Hospitales, así como con el equipamiento a nivel nacional de Grupos electrógenos, calderas, equipos de lavandería y cocina, equipos y repuestos de rayos X y todas las líneas de equipos médicos, rehabilitación, mantenimiento y mejoramiento de instalaciones e infraestructura física. Asimismo, nuestra institución estuvo presente en la época del terrorismo, en las catástrofes del fenómeno del niño y en los terremotos ocurridos en el país, siendo el soporte en las situaciones de toda emergencia hospitalaria.

Se puede apreciar que nuestra Institución ha ido evolucionando a lo largo de los años, atravesando por diversos cambios en su denominación, objetivos,

funciones, organización y ámbito de jurisdicción para llegar a lo que es hoy en día la Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento- DGIEM, órgano Técnico- Normativo que en la actualidad continúa brindando asistencia técnica a los establecimientos de Salud del MINSA a nivel nacional.

.
MINSA tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados por el SIS y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de Prestaciones de Prevención, Promoción, Recuperación, Rehabilitación, El MINSA, así mismo tiene la facultad para realizar directa o indirectamente, programas de extensión social para la atención de no asegurados de escasos recursos, cuya financiación deberá sustentarse en sus respectivos convenios suscritos para el efecto.

El ámbito de aplicación del MINSA comprende:

- Los trabajadores que realizan actividades independientes y sus derechohabientes.
- Los trabajadores del campo y del mar y sus derechohabientes.
- Las poblaciones afectadas por siniestros o catástrofes.
- Las personas con discapacidad física y mental.
- Las personas que carecen de ingresos.
- Las personas que se afilien voluntariamente.
- Las personas que sufren pena privativa de la libertad.
- Las personas que prestan servicios voluntarios no remunerados a favor de la comunidad, incluyendo a quienes integran organizaciones sociales que brindan apoyo a la población de escasos recursos.
- Los escolares, universitarios y estudiantes de institutos superiores no universitarios.
- Las personas dedicadas exclusivamente a las tareas de su hogar.
- Otras que pueden ser comprendidas.

El presente trabajo intenta asegurar la calidad de la atención al paciente y para esto se debe conocer el concepto de Atención Médica, que la circunscribe a la totalidad de los servicios que se prestan directamente a las personas

para la atención de la salud, incluyendo a las tradicionales actividades de promoción, protección, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación. El siguiente trabajo profundizará en el sistema de referencia y Contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención. Esto es considerar a la Referencia-Contrarreferencia como un proceso indispensable que se da al interior del establecimiento de MINSA una vez lograda la entrada al mismo para esto es necesario conocer sobre la población, las características demográficas, estadísticas, sociológicas que se deberán integrar en un análisis que permita observar y conocer a la población en su totalidad.

Todo sistema de atención de la salud deberá adquirir determinadas características de acuerdo con las particularidades de la población. A la vez, dada la fluidez y los cambios sociales que caracterizan a nuestra época, sobre todo en países en desarrollo, deben tener la flexibilidad suficiente para adaptarse a tales modificaciones.

La necesidad, demanda y utilización de los recursos son fundamentales para determinar el sistema de atención, ya que esas características expresan necesidades diferentes de atención.

En este punto debemos definir el concepto de necesidad de atención que tiene una población de asegurados o un asegurado, ya que ella puede ser erróneamente asociada a la demanda de salud que ejerce esa población o individuo.

El proceso comienza con la necesidad del paciente de recibir atención que dependerá de múltiples factores entre otros de edad, sexo, complejidad de la enfermedad, cuando se consigue dicha atención se inicia la continuidad de la misma en el nivel superior de la referencia, asimismo se requiere continuarla en el segundo nivel sea por la razón que fuera, ya que es en este donde se evalúa en detalle el proceso de Referencia-Contrarreferencia.

Entre los obstáculos se pueden mencionar los siguientes:

Obstáculos Ecológicos, localización del hospital (distancia, y tiempo de transporte), muchos pacientes vienen de distritos y ciudades alejadas.

Obstáculos Financieros que viene a ser el precio que tienen que pagar los asegurados para su atención como movilidad y en muchos casos su refrigerio.

Obstáculos organizativos en la atención como demoras para obtener el turno. Obstáculos organizativos en el interior del Centro Asistencial que interfieren con la recepción oportuna de atención una vez que el paciente está dentro de un hospital (tiempo de espera para ver al médico u obtener servicios complementarios), y obstáculos que impiden al paciente la continuidad de su atención.

El Proyecto se desarrolla en el área de admisión Referencia y Contrarreferencias, Registros Médicos se trata de mantener la calidad de la atención al paciente identificando los puntos críticos que podrían influir, garantizar la calidad, continuidad y seguimiento de los servicios; controlar los costos y el uso de recursos escasos; así como asegurar la satisfacción tanto de los pacientes el propósito del Área de Referencia es gestionar la demanda por los distintos servicios de salud de tal manera que los diferentes problemas de salud se resuelvan de acuerdo a su grado de complejidad en los distintos niveles de la red asistencial. Es importante señalar que la demanda de servicios de salud se puede clasificar en demanda espontánea, es decir el usuario se dirige a cierto establecimiento por su propia iniciativa, y demanda inducida, que se origina por la derivación o referencia de un asegurado por el SIS. En ambos casos, el Área de Referencia ayuda a asegurar que el paciente sea atendido de acuerdo a su necesidad. De esta manera esta Área se constituye una herramienta de gestión importante que busca que se respeten y cumplan efectivamente los principios de eficiencia productiva y económica al igual que los principios de equidad vertical y horizontal en el acceso a los servicios de salud.

El corazón de un Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) es, sin duda, el sistema de información y para ello es indispensable contar con un soporte informático sólido junto con un equipo de personas bien entrenadas para procesar y actualizar la información adecuadamente. Los sistemas de información sirven para recolectar, guardar y actualizar los datos relacionados con el tratamiento de los pacientes, permitiendo identificar, monitorear y citar pacientes con necesidades específicas de tratamiento. Además proveen información sobre los resultados de los tratamientos y han mostrado en la práctica una

mejora en la calidad de los servicios.

Un sistema de información debe permitir hacer el seguimiento al caso referido o contrarreferido según necesidad de cualquier trabajador del sistema de salud, incluyendo el acceso a su historia clínica, los exámenes, diagnósticos, tratamientos ordenados, etc.

De esta forma se puede hacer frente a duplicaciones innecesarias de tratamientos; a las quejas del personal del primer nivel que no reciben noticia acerca de cuál respuesta les fue dada al paciente referido; e interrupciones del tratamiento debido a los turnos o cambios del personal. Además si se acepta que el seguimiento de los casos es un aspecto importante para el tratamiento integral de los pacientes, los trabajadores de salud del primer nivel deben ser capaces de conocer la continuación del tratamiento de sus pacientes en otros niveles.

Además debe establecerse un sistema de información dirigido a los usuarios para que éstos puedan informarse sobre el sistema de salud, conocer los servicios disponibles, sus tarifas, formularios, etc. Esta información podría proveerse a través de Internet, panfletos y otros medios y tendría el efecto de reducir considerablemente la asimetría de información entre funcionarios y pacientes respecto de procedimientos, costos, derechos, etc.

Un sistema de información integrado también ayudaría a hacer el sistema de salud y a sus funcionarios y proveedores, más responsables hacia las autoridades del gobierno al igual que hacia la comunidad.

Dado que la calidad de información es clave para que un SRC pueda lograr su objetivo, se debe establecer un equipo de profesionales responsable de monitorear y supervisar los procesos de Referencia y Contrarreferencia, con especial énfasis en la calidad de la información y el acatamiento a las normas y procedimientos.

En este contexto, es importante designar a un responsable por proveedor de salud para revisar la calidad de la información suministrada en los instrumentos (hoja de Referencias y Contrarreferencias, hoja de registro diario, semanal y mensual de Referencias y Contrarreferencias). En caso de que se presenten fallas o se detecten deficiencias en el almacenamiento de la información, el supervisor debe reunirse con el profesional que completó el

instrumento para corregirlo junto con él. Así no solamente se logra mejorar la información y la gestión de la demanda por este servicio de salud, sino también se entrena al personal con efectos positivos para la gestión futura del SRC. De igual manera, en la institución que recibe la referencia debe designarse también a un responsable para revisar la información de los formularios lo mismo que la coherencia entre las distintas hojas de registro.

En ambos casos debe incluirse una revisión del comportamiento de los funcionarios orientada a determinar si se cumplieron o no las normas y procedimientos, más allá de posibles errores formales. En el fondo, los funcionarios deberían hacerse responsables de sus actos y rendir cuentas, lo cual alimentaría la decisión de sus superiores respecto de su elegibilidad para recibir incentivos a la vez que haría el sistema más transparente.

De hecho, hacer un seguimiento de las referencias recibidas y Contrarreferencias realizadas permite comparar las normas y los procedimientos con lo que efectivamente pasa en la realidad. De aquí pueden elaborarse insumos importantes para diseñar incentivos dirigidos a mejorar el compromiso de los funcionarios con este instrumento.

A fin de asegurar que el sistema de Referencia y Contrarreferencia esté operando acorde con las realidades de la red de servicios de salud lo mismo que con las necesidades de los pacientes, se requiere un mecanismo de evaluación periódica. A partir de los resultados de tales evaluaciones pueden emanar luego propuestas de mejoramiento y ajuste.

Parte central de las evaluaciones es analizar y valorar la pertinencia de las Referencias y Contrarreferencias. Es decir, observar si las referencias se realizaron al establecimiento de atención apropiado, si el procedimiento fue oportuno, y si se recibieron y procesaron las Referencias y Contrarreferencias tal como fueron emitidas. Por otro lado, se evalúa si la referencia fue dirigida al nivel de atención correspondiente donde el proveedor se adecua por sus características de servicios a las necesidades de la atención.

El proceso más apropiado para efectuar estas evaluaciones consiste en realizar reuniones mensuales entre los distintos actores involucrados en el SRC, tales como los funcionarios que hacen referencias y los que las reciben. Estas reuniones tienen tanto carácter evaluativo como de aprendizaje. Los

procedimientos se analizan fundamentalmente con el fin de mejorar la calidad de las Referencias y Contrarreferencias. En adición a éstas, se pueden organizar focus groups con los usuarios a fin de recibir su feedback sobre si las referencias y Contrarreferencias fueron oportunas, adecuadas, bien recibidas, y si la información y orientación al respecto fue suficiente y útil.

Realizar una evaluación sistemática del SRC permite: Identificar a los profesionales que cumplen y que no cumplen con el correcto llenado de instrumentos, Determinar si el direccionamiento de la referencia fue correcto, Actualizar los criterios para Referencias y Contrarreferencias. Es evidente, entonces, que las evaluaciones son un mecanismo de enorme relevancia para el funcionamiento de todo el sistema generando insumos indispensables para su ajuste y actualización.

Estrategias.

El término estrategia es de origen griego. Estrategos, procede de la fusión de las dos palabras: stratos (ejército) y agein (conducir, guiar). Según el Diccionario de la Real Academia Española:

Estrategia

- Arte de dirigir las operaciones militares.
- Arte, traza para dirigir un asunto.
- Mat. En un proceso regulable, conjunto de las reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento.

Desde hace más de tres décadas, el estudio, formulación y desarrollo de las estrategias empresariales ha protagonizado la atención de expertos y profesionales de la dirección de empresas y en general de las organizaciones, configurando la base del sistema de dirección en un entorno competitivo.

Casi todos los estudios realizados en los últimos treinta años, coinciden en que los orígenes de la estrategia empresarial se localizan en:

- El arte de la guerra.
- La teoría matemática de los juegos y la teoría de la toma de decisiones.

Las causas del surgimiento del enfoque estratégico en la dirección de la

organización han sido: a) la necesidad de soluciones que permitan dirigir a la empresa en situaciones de gran expansión o de fuerte crecimiento; b) la necesidad de buscar la solución más adecuada en momentos de gran cambio o crisis económica.

Precisando en el mundo empresarial la definición inicial que hemos dado de estrategia, encontramos la de (Johnson Gerry y Scholes Kevan, 2006):

“Estrategia es la dirección y alcance de una organización a largo plazo; consigue ventajas para la organización a través de su configuración de los recursos en un entorno cambiante, para hacer frente a las necesidades de los mercados y cumplir las expectativas de los stakeholders”

Íntimamente unida a la Dirección Estratégica está la Planificación Estratégica, las etapas en el desarrollo de la Dirección Estratégica son las que se muestran en la Figura 1.0. En ella podemos observar el papel de la Planificación Estratégica en los procesos de formalización, implantación y control. La Dirección Estratégica establece la dirección a seguir y la PE el mecanismo de ejecución.

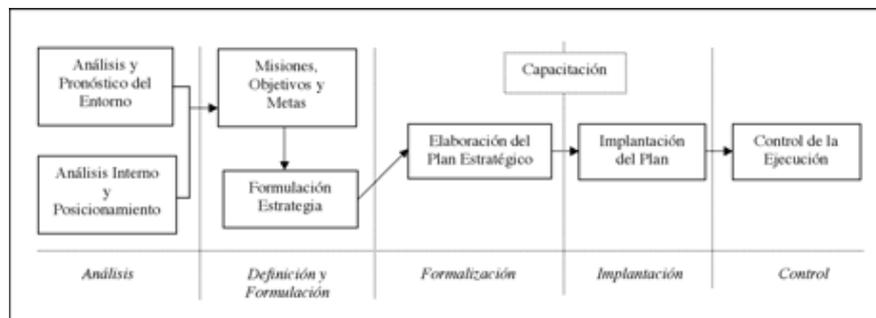


Figura 1.0. Las Fases de la Dirección Estratégica.

El proceso parte de la información analizada en las fases iniciales del proceso de dirección estratégica, en concreto del análisis de las situaciones interna y externa de la organización, de forma que la empresa identifique las oportunidades y amenazas provenientes del entorno así como sus propias fuerzas y debilidades. En este punto, la empresa ha de preguntarse si esa estrategia es o no adecuada para el logro de los objetivos o si, por el contrario, es necesario un cambio estratégico. En el caso de determinar la falta de adecuación de la estrategia actual, la empresa habrá de buscar

nuevas alternativas estratégicas. El siguiente paso será la evaluación de las distintas alternativas según determinados criterios y la consiguiente elección de la más adecuada. El producto final de la formulación de la estrategia es la elaboración de un plan estratégico. Las Fases de Análisis y Formulación de la Dirección Estratégica las describimos seguidamente con más detalle:

Análisis Externo: Se trata de identificar las variables que de forma externa van a afectar a la actividad de la organización, para posteriormente catalogar el sentido de esa afectación, que puede ser positiva o negativa.

Estas variables pueden formar parte de un análisis externo general o bien de un análisis externo específico del sector. En la búsqueda de variables externas que pueden afectar tendremos en cuenta factores socio-culturales, económico-industriales, tecnológicos y político-legales. Como resultado obtendremos un conjunto de amenazas y oportunidades de la empresa.

Análisis Interno: Consiste en identificar los puntos fuertes y los puntos débiles de la organización, es decir, configurar su perfil estratégico, construir las condiciones en las que la empresa funciona y puede competir de forma eficiente. Identificar la cantidad y calidad de los recursos disponibles para la organización considerando como recursos los medios financieros, físicos, humanos, tecnológicos y organizacionales de la empresa. Los recursos se pueden dividir en tangibles (terrenos, edificios, maquinaria, etc.) e intangibles (marcas, patentes, etc.).

Análisis FODA: Una vez catalogadas las variables, hay que identificar el impacto que pueden causar sobre la organización. La afectación de una variable será positiva o negativa dependiendo del efecto que su evolución tenga sobre la posibilidad de que la empresa alcance sus objetivos, su supervivencia o mejoras en su rendimiento. Se aprovechan las oportunidades y se evitan las amenazas empleando todas las fortalezas de la organización. Estableciendo las metas y objetivos estratégicos.

Posicionamiento: Una vez identificadas todas las oportunidades y amenazas y su afectación a la organización, teniendo en cuenta sus fortalezas y debilidades, se determina cuál es el posicionamiento en el que desea encontrarse la organización (mejorar o mantener el posicionamiento).

Mejorar el Posicionamiento: La mejora del posicionamiento de la empresa se

realiza mediante acciones de elaboración o ampliación del negocio.

Mantener el Posicionamiento: El mantenimiento del posicionamiento de la empresa se realiza mediante acciones defensivas como bloquear integración con distribución, aumentar costes proveedores de los competidores, Invertir en Know How.

Selección de la Estrategia: Seguidamente se obtendrá la elección final de la estrategia que se estime más prometedora para la organización.

Entre los diversos enfoques que tratan de analizar y modelar la estrategia empresarial (al nivel de Unidad de Negocio) nos interesan en concreto:

Escuela de Diseño: Esta escuela, que nace finales de los 50, propone un modelo de creación de la estrategia que procura obtener una coherencia entre las capacidades internas y las posibilidades internas.

Escuela de Posicionamiento: Esta escuela, que nace a principios de los 80, propone que una estrategia consiste en la selección de una adecuada posición genérica en el mercado competitivo en base a un proceso analítico.

Escuela de Configuración: Esta escuela, que nace a principios de los 60, propone que la creación de estrategia en una organización parte de las relaciones (conductas) que se establecen entre su configuración y el entorno en un momento dado. Al transcurrir el tiempo, se hacen necesarias ciertas transformaciones en dicha configuración para hacer sostenible la organización en su entorno.

Escuela de Aprendizaje: Esta escuela, que nace a finales de los 50, propone que más que diseño o formalización, la estrategia es un proceso de aprendizaje a nivel colectivo. Dentro de esta escuela (aunque mucho más moderno), nos interesa especialmente el modelo propuesto por (Ikujiro Nonaka, 1999) para la creación del conocimiento en la organización.

El fracaso en los años ochenta de la Planificación Estratégica (Escuela de Planificación) como modelo de Dirección Estratégica ha hecho evolucionar el proceso de dirección a uno más flexible, acorde con un entorno inestable y discontinuo, en el que las decisiones se toman de forma no estructurada, flexible, de forma oportunista, y las formulaciones se realizan de forma descentralizada y participativa, para poder alcanzar objetivos no sólo a largo plazo, sino, a medio y a corto plazos, en un sistema con carácter deliberativo

y proactivo (con las características del entorno tal como comentábamos anteriormente).

Con el cambio citado en la Dirección Estratégica, la Planificación Estratégica ha pasado al papel de la programación de las estrategias. Bajo estas premisas, las entradas de la Planificación Estratégica se definen en el proceso de dirección, que incorpora la adaptabilidad y flexibilidad necesarias para el entorno económico actual. La teoría actual de la Dirección Estratégica parte de los campos de investigación que estudian las relaciones entre: estructura y estrategia, análisis de los problemas estratégicos, y la teoría de los recursos y las capacidades para ofrecer una ventaja competitiva.

Teniendo en cuenta a (Mintzberg Henry, 1997) la estrategia puede surgir como respuesta a una situación, y por lo tanto, ser formulada de forma deliberada mediante algún proceso formal. Sin embargo, no siempre coincide la estrategia ejecutada con la formulada, bien porque parte de la estrategia no se ha podido realizar, o porque han surgido estrategias emergentes. El dilema que se presenta enfrenta a la Escuela Emergente y la Escuela Racionalista en el ámbito de la Dirección Estratégica. Según (Sabater R., 1999) una organización dispone de Ventaja Competitiva cuando cuenta con una mejor posición que la competencia para asegurarse los clientes y defenderse de las fuerzas competitivas externas. Las dos principales ventajas son: ventaja en coste, y ventaja en diferenciación. Una estrategia mixta es la denominada de posicionamiento a la mitad, sin embargo es difícil de llevar a cabo debido a que requiere una alta flexibilidad en la fabricación.

La estrategia de Liderazgo en Costes consiste en mantener el coste más bajo respecto a los competidores y así, lograr un volumen de ventas mayor. Los clientes de valor marginal se evitan y se busca minimizar los costes de publicidad o personal, entre otros.

Por el otro lado, la estrategia de Diferenciación consiste en crear una percepción del producto o servicio ofrecidos como algo único. La Diferenciación provoca fidelidad por parte del cliente, lo que elimina las sensibilidades dependientes del precio. La estrategia de Diferenciación requiere sacrificar participación de mercado, implementar actividades de I+D en la mejora del producto, del servicio, de la calidad, entre otros.

Por último, la estrategia de Segmentación (también denominada de concentración o de focalización) consiste en concentrarse en un grupo específico de clientes (en producto, zona geográfica o necesidades del cliente). Dicha estrategia se basa en que la organización se prepara para alcanzar, de forma más eficiente que sus competidores de amplia cobertura, un objetivo estratégico más reducido y específico.

La Solución de Problemas de Negocio es una estrategia que surge de la competitividad sectorial, a partir del análisis de la organización (análisis interno) y del entorno (análisis externo, aplicado al ciclo de vida del negocio), que consigue un posicionamiento más robusto de la empresa respecto a sus competidores. Las principales estrategias de solución de problemas son: competir en mercados emergentes, competir en la transformación hacia la madurez del sector, y competir en la madurez y declive del sector.

Las estrategias adoptadas en los mercados en crecimiento hacia la madurez suelen ser las de: racionalización de la cartera de productos, reducción de costes, innovación de procesos, incremento de las ventas a los clientes establecidos, compra de empresas rivales o expansión internacional.

Las tres estrategias competitivas genéricas expuestas anteriormente (Ventaja en Costes, Diferenciación y Segmentación) pertenecen a un enfoque estático que describe el tipo de ventaja competitiva de una organización en un instante de tiempo dado. Sin embargo, la realidad del entorno establece que dichas ventajas sólo permanecen hasta que los competidores las copian o las superan, a parte de la imposibilidad de alinear dichas estrategias al entorno continuamente cambiante.

La Planificación Estratégica desde la Perspectiva de la Ingeniería del Conocimiento.

Desde la Ingeniería del Conocimiento, la Dirección Estratégica es el meta proceso de la organización encargado de establecer la estrategia de actuación global ante el mercado, es decir, el proceso responsable de la formulación de la actuación competitiva de la organización, motivada por los análisis externo (oportunidades y amenazas) e interno (fortalezas y debilidades). Desde el misma área de conocimiento, la Planificación

Estratégica es el meta proceso de negocio encargado de programar las acciones encargadas de alcanzar las metas (de competitividad) de la organización con un grado de éxito determinado, a partir de la mejor combinación (plan estratégico) de sus actividades, sus recursos materiales (recursos tangibles) y su conocimiento (recursos intangibles).

Para poder llevar a cabo la coordinación entre la Planificación Estratégica y la Dirección Estratégica es preciso desarrollar un modelo de la Planificación Estratégica para que sus componentes puedan ser utilizados e integrados en los parámetros de medición de la Dirección Estratégica. Para ello, la herramienta más apropiada es la Ingeniería Ontológica, que nos permite definir los elementos al nivel de conocimiento en el dominio. Los submodelos necesarios para dicha integración son los del nivel organizativo, nivel de planes (a distintos niveles de abstracción y basado en la gestión de proyectos), nivel estratégico (tratamiento de los diferentes tipos de propósitos y objetivos, su ponderación, priorización y selección), y por último, el nivel del mundo (el entorno) (López y Cols., 2001).

- Submodelo Organizativo. Se reflejan en él los elementos constituyentes de la unidad organizativa u organizacional. Una unidad organizacional se compondrá de subunidades (o enlaces de gestión) que tendrán un determinado objetivo. A su vez, cada unidad tendrá una estructura jerárquica basada en una serie de relaciones entre agentes (maquinas o personas), disponiendo estos últimos de un conjunto de capacidades y habilidades.
- Submodelo de Planificación. Refleja lo que es en sí el proceso de toma de decisiones sobre la programación de las acciones en la organización. A los deseos de los agentes se les da el carácter de objetivos en cuanto que dichos agentes se comprometen en cierta manera para alcanzarlos. Para la consecución de estos objetivos se elaborarán una serie de planes. Dichos planes se confeccionarán en torno a una serie de aspectos del estado del mundo que le afectan, o factores de influencia. Las situaciones que se consideren siempre ciertas serán nominadas como asunciones,

pudiendo ser, tanto los factores de influencia como las asunciones, o los factores de riesgo para la consecución del plan.

- Submodelo Estratégico. Se basa en la idea de lo que es el/los objetivo/s estratégico/s, es decir aquél o aquellos que se consideran fundamentales para la organización y en base a los cuales se supeditarán y condicionarán los demás.
- Submodelo del Mundo. Viene a significar lo que se conoce también como “estado del mundo”, es decir, el conjunto de propiedades o hechos que reflejarán aquello que se conoce del entorno. Una relación de hechos que ocurren en un determinado intervalo de tiempo formarán lo que denominaremos una situación. Una situación en cuanto es querida por un agente tomará el carácter de deseo. Dicho conocimiento se combina con el submodelo de Planificación para establecer las situaciones sobre las cuales se aplican las acciones de un plan, y las situaciones efecto de haberlas ejecutado.

Además del conocimiento estático, debemos disponer del conocimiento dinámico, es decir, la descripción de los procesos, el conocimiento necesario para su control, relacionado con el conocimiento estático que utiliza cada proceso. En la Figura 1.1. Se muestra un esquema de los diferentes procesos que se han de tener en cuenta dentro de la Tarea Humana de Planificación (modelo utilizado por el PMI, Project Management Institute) (PMI, 2000).

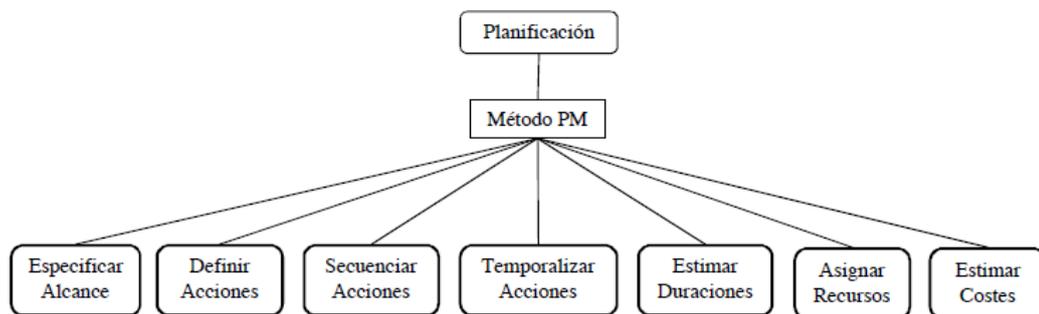


Figura 1.1. Fases de la Tarea Humana de Planificación.

Una vez la organización ha definido los objetivos estratégicos y seleccionado la estrategia a aplicar se ejecuta la planificación, ésta se divide en las

siguientes fases:

- Especificar Alcance: El equipo de planificación expresa de forma precisa y medible el objetivo específico junto al conjunto de restricciones que limitarán las posibles soluciones. Basándose en la Estructura de Descomposición del Trabajo (EDC) se descompone el objetivo específico en entregables relacionándolos con las distintas fases del ciclo de vida del proyecto a realizar.
- Definir Acciones: El equipo de planificación va detallando el plan de trabajo en base al EDC, añadiendo acciones al plan que generan los resultados deseados, detallando (descomponiendo) acciones ya definidas. A veces se pueden reutilizar acciones ya definidas para alcanzar diversos subobjetivos del plan.
- Secuenciar Acciones: El equipo de planificación prevé la secuencia óptima que deben seguir las acciones conformando una red causal.
- Temporalizar Acciones y Estimar Duraciones: El equipo de planificación prevé la temporalización de las diferentes acciones del plan.
- Asignar Recursos: El equipo de planificación, asigna mediante la Estructura de Descomposición Organizacional (EDO) esta herramienta se denomina OBS) los recursos óptimos a las diferentes acciones del plan.
- Estimar Costes: Una vez desarrollado el plan y asignados los recursos se calcula el coste de cada acción y el total del plan.

En paralelo a las fases presentadas se realizan dos actividades que están encaminadas a asegurar la calidad del plan (eficacia respecto a los objetivos y eficiencia respecto a las acciones y recursos) y proteger el plan de posibles riesgos en la ejecución: Gestión de la Calidad y Gestión de los Riesgos.

La Evaluación de la Planificación Estratégica en la Organización

El objetivo del modelado de la Tarea de Planificación es poder disponer de un conjunto de indicadores, basados en el conocimiento de la organización, que

nos permitan medir y evaluar el funcionamiento correcto de dicho proceso en la organización.

Para poder evaluar la Planificación Estratégica en la organización debemos medir los indicadores que muestren la coherencia y utilidad de sus niveles interno y externo, y a partir de los externos, establecer las relaciones con los indicadores de los demás procesos de negocio de la organización (Paniagua, López y Martín, 2002). En la Figura 1.2. Muestra un conjunto de indicadores internos y sus relaciones, definiendo una estructura causal. En la Tabla 1.0. Muestra el listado de los indicadores externos del proceso que repercuten sobre otros indicadores de los demás procesos de negocio de la organización, siendo algunos de ellos un subconjunto de los indicadores internos y otras relaciones establecidas entre éstos.

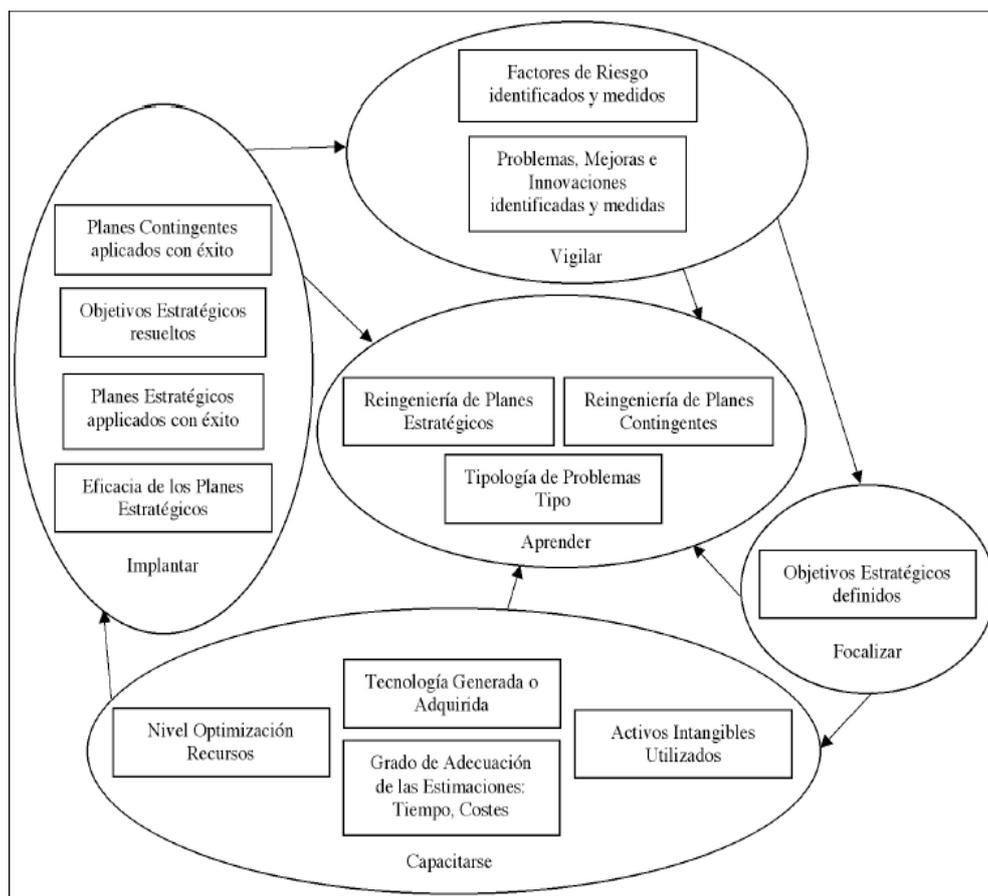


Figura 1.2. Indicadores internos de la planificación estratégica.

Figura 1.3. Modelo de Evaluación de la Planificación Estratégica.

Mediante el modelo propuesto de medición podemos analizar y evaluar en qué grado de eficacia, eficiencia, adecuación, adaptación gestiona la organización la Planificación Estratégica. En definitiva, dicho modelo de medición, no sólo le plantea a la organización la necesidad de gestionar de manera eficaz y eficiente sus actuaciones estratégicas, sino, que establece uno de los marcos genéricos de Gestión del Conocimiento más importantes actualmente: la Creación del Conocimiento (basada en el Aprendizaje) como Ventaja Competitiva (partiendo de la ya mencionada Escuela de Aprendizaje).

Gestión Tecnológica

Tecnología.

Son los medios usados para producir, vender o usar un producto o servicio. Muchos autores están llegando a estandarizar la siguiente definición "Es el conjunto organizado de conocimientos científicos y empíricos para su empleo en la producción, comercialización y uso de bienes y servicios".

La Gestión Tecnológica es conocimiento y es una práctica. Es un sistema de conocimientos y prácticas relacionados con los procesos de creación, Desarrollo, transferencia y uso de la tecnología. Algunos conciben este sistema como "una colección de métodos sistemáticos para la gestión de procesos de aplicación de conocimientos, extender el rango de actividades humanas y producir bienes y servicios" (Kanz J. Lam D, 1996). Mientras otros, como el National Research Council (NRC) de Estados Unidos, lo considera integrado por los conocimientos de "ingeniería, ciencias y disciplinas del área de gestión, para planear, desarrollar e implementar capacidades tecnológicas en el diseño y el logro de los objetivos estratégicos y operacionales de una organización" (Khalil, 1998). Es un sistema de conocimientos o región de conocimientos, en los términos que plantea (Díaz Mario 1995) la organización del conocimiento; constituido por conceptos y proposiciones sobre relaciones entre estos conceptos, modelos y teorías sobre los procesos de toma de decisiones y ejecución de acciones relacionados con las tecnologías, en organizaciones, empresas, países y regiones.

Pero la gestión tecnológica no es un campo del saber meramente

especulativo sobre la tecnología y su desarrollo. Es también una práctica soportada en un conocimiento derivado del análisis y la interpretación de las observaciones del comportamiento del desarrollo tecnológico, como proceso social, y resultado de las observaciones de este proceso en organizaciones y países, y de su relación con el proceso de desarrollo global de las sociedades modernas.

Los procesos objeto de estudio de la gestión tecnológica, en tantos procesos sociales, son procesos complejos, multidimensionales, inseparables de su contexto y de la globalidad de los procesos sociales; y, por tanto, sus estados y características involucran dimensiones históricas, económicas y sociológicas. Si bien ellos han sido considerados bajo ángulos y perspectivas distintas por disciplinas como la historia, la economía, la sociología y la psicología, cada una con su enfoque particular y sin pretensión alguna de una explicación total, es la gestión tecnológica, como región de saberes y un campo de conocimiento transdisciplinario, la que conjuga y relaciona es-tos saberes parcelados, mediante su recomposición y recontextualización, para construir una mejor visión que incorpora la totalidad de características del proceso.

En la dimensión económica del desarrollo tecnológico, afirma Katz, resulta obvio que no pueden usarse los mismos modelos teóricos para describir las complejidades e idiosincrasia de sociedades con grados extremadamente diferentes de madurez y desarrollo económico.

La Gestión Tecnológica en la empresa es la aplicación de un conjunto de prácticas que le permiten establecer una estrategia en materia de tecnología congruente con sus planes de negocio.

En el ambiente empresarial la gestión tecnológica se revela en sus planes, políticas y estrategias tecnológicas para la adquisición, uso y creación de tecnología, así como cuando se asume la innovación como eje de las estrategias de desarrollo de los negocios. También es evidente cuando en la cultura de las empresas se ha logrado "crear una mentalidad innovadora, enfocada hacia el aprendizaje permanente que sirva de sustento al crecimiento de la competitividad en el largo plazo" **(Colciencias, 2010)**.

La iniciación de un plan Tecnológico consiste en aplicar las siguientes

acciones:

Inventariar

Consiste en recopilar tecnologías disponibles a nivel mundial lo cual implica conocer las tecnologías utilizadas y dominadas por la empresa que constituyen su patrimonio tecnológico.

Vigilar

Significa estar alerta sobre la evolución de nuevas tecnologías, sistematizar las fuentes de información de la empresa, vigilar la tecnología de los competidores. Identificar el impacto posible de la evolución tecnológica sobre las actividades de la empresa.

Evaluar

Determinar la competitividad y el potencial tecnológico propio, estudiar posibles estrategias de innovación e identificar posibilidades de alianzas tecnológicas.

Enriquecer

En esta etapa se trata de:

- Diseñar estrategias de investigación y desarrollo,
- Priorizar tecnologías emergentes, clave y periféricas,
- Definir una estrategia de adquisición de equipo y tecnologías externas,
- Definición de proyectos conjuntos o alianzas,
- Determinar estrategia de financiamiento a proyectos.

Asimilar

Una vez que haya repasado los pasos anteriores ahora procede asimilar y actuar, en la explotación sistemática del potencial tecnológico mediante:

Programas de capacitación,

- Documentación de tecnologías de la empresa,
- Desarrollo de aplicaciones derivadas de tecnologías genéricas.
- Gestión eficiente de recursos.

Proteger

Por último resta proteger la tecnología de su empresa a través del establecimiento de una política de propiedad intelectual que incluya: patentes,

derechos de autor, marcas, diseños industriales y secretos.

Cabe indicar que equivocadamente se piensa que la tecnología es un aspecto que tiene que ver solamente con actividades de la producción a través de los cuestionamientos sobre cómo mejorar un producto existente, cómo ingeniar uno nuevo y cómo hacer más productos.

No, la tecnología es una herramienta que está vinculada con todas las actividades de la empresa, existiendo tecnología para (entre otras muchas):

El diseño del producto	La capacitación de recursos humanos
El desarrollo de software	El almacenamiento
El diseño del envase	El desarrollo del personal
El desarrollo del producto	La mercadotecnia
El diseño del embalaje	La motivación del personal
La planificación y presupuesto	Los canales de distribución
El manejo de los materiales	Los sistemas de información y Comunicación
La administración de oficinas	El diseño y operación de plantas en toda la cadena de actividades de la empresa
El transporte	

En empresa que ha incorporado la gestión tecnológica en su cultura, las actividades propias de ella están incorporadas en su cadena de valor y son realizadas en forma sistemática mediante unos procesos básicos que desarrollan funciones de gestión tecnológica. Procesos que integran competencias tecnológicas, competencias de gestión y recursos disponibles para la empresa en el cumplimiento de sus propósitos, objetivos, estrategias y operaciones. Procesos que involucran también el uso de datos, información y conocimientos, y la interacción social de personas en la creación de conocimiento y el desarrollo de innovaciones para la creación de valor y de ventajas competitivas (**Gaynor Gerard, 2011**). Entre estos procesos pueden mencionarse: la gestión del conocimiento, el monitoreo y la inteligencia tecno

económica, la evaluación de alternativas tecnológicas, la negociación de tecnología, la transferencia de tecnología, la asimilación y adaptación, mejoramiento y la investigación y el desarrollo.

En términos generales, los procesos de gestión tecnológica en la empresa involucran funciones básicas, como: "identificación, evaluación y selección de tecnologías, desagregación de paquetes tecnológicos, negociación de tecnologías, construcción y puesta en marcha de sistemas productivos, uso y asimilación de tecnologías, adaptación y mejoramiento de la tecnología, generación y comercialización de nuevas tecnologías" (**Ávalos, 2012**). El alcance de las actividades de gestión tecnológica va más allá de las consideradas como básicas. El espectro es más amplio e incluye: suministro, monitoreo, análisis y evaluación de información técnica y prospectiva tecnológica; evaluación tecnológica de la empresa; planificación del desarrollo tecnológico; gestión del financiamiento del desarrollo tecnológico; identificación, selección y reclutamiento de asesores técnicos; formulación y ejecución de políticas de capacitación del recurso humano; planteamiento, prevención y protección de derechos de propiedad intelectual; y muchas más. **Ávalos (2012)**, por ejemplo, agrupa los procesos de gestión tecnológica en la empresa en tres ámbitos: el de la adquisición, el de su uso propiamente dicho y el de la realización de actividades de investigación y desarrollo, en los que ubica algunas de las funciones de gestión tecnológica antes señaladas.

La adquisición de tecnología tiene un papel importante en el proceso de acumulación de capacidades tecnológicas y por ello se le asigna el propósito general de convertir los procesos de compra de tecnología en procesos que permitan una verdadera transferencia de tecnología; orientando la gestión a adquirir las capacidades tecnológicas para usar adecuadamente la tecnología, adaptarla y mejorarla, más que a adquirir una capacidad productiva. En las etapas globales para la adquisición de tecnología, Ávalos incluye: búsqueda de información, selección, evaluación, negociación y adopción de tecnología; y considera fundamentales para el proceso de adopción: el diseño de ingeniería, la compra de maquinaria y equipos, la construcción, el montaje, la prueba y puesta en marcha de los sistemas productivos.

Destaca también Ávalos la necesidad de hacer gestión tecnológica durante el uso de la tecnología, desarrollando estrategias diseñadas para convertir la experiencia en producción y mantenimiento, y en procesos de aprendizaje deliberados, mediante la observación, registro y análisis de esa experiencia. Ósea, que la gestión tecnológica en el uso de la tecnología, tiene el objetivo de usar la experiencia como Fuente de aprendizaje consciente, racionalizándola para adquirir conocimientos complementarios a los que se recibieron del proveedor de tecnología. Procesos de aprendizaje planeados, organizados y desarrollados para una asimilación plena de la tecnología, y lograr así una explotación de su máximo potencial, con la optimización, adecuación y adaptación a las condiciones cambiantes del mercado donde opera.

Son críticas, en todos los procesos de gestión tecnológica, las actividades para la vinculación e interacción de los distintos actores y agentes involucrados en el proceso de desarrollo tecnológico. Son ellas, actividades requeridas para hacer efectiva la integración de capacidades tecnológicas, y para la búsqueda proactiva de insumos del mercado, así como de información, de contribuciones tecnológicas externas y de recursos financieros. Resultan cruciales para el éxito de las in-novaciones las vinculaciones con otras empresas, con proveedores de insumos, materiales y tecnología, con clientes y usuarios potenciales del resultado de la innovación, con universidades y centros de desarrollo tecnológico, con firmas de ingeniería y consultoría; que no pueden dejarse a la generación espontánea o casual, sino que deben ser planeadas, organizadas y ejecutadas en forma deliberada, es decir, gestionadas.

Planificación Tecnológica y Estratégica

Desde tiempos remotos conocer el futuro ha atemorizado e intrigado a la humanidad y aunque hoy en día resulta imposible despejar esta incógnita, la construcción de probables escenarios futuros a partir del uso de tecnologías y herramientas que se han ido incorporado a las metodologías de planificación estratégica nos permite predecir rutas alternativas y elegir la que a nuestro criterio resulte la más probable. De aquí en adelante con este mapa teórico

del futuro nos tocará navegar manejando con flexibilidad las desviaciones que la práctica nos imponga. Un buen plan es aquel que logra elaborar un excelente análisis de situación y en consecuencia permite que la ruta elegida sea lo suficientemente precisa para evitar serios desvíos a los cuales nos enfrenta la realidad en la práctica, por lo que el diseño de planes de contingencia, sistemas de monitoreo y estructura organizacional descentralizadas y flexibles complementan un exitoso proceso de planeación estratégica.

Concluido el proceso de elaboración del plan estratégico queda por delante la importante tarea de gestionar la implementación del plan, aspecto que requiere el compromiso explícito de la alta gerencia y habilidades de liderazgo para movilizar a las personas y los recursos de la organización en función de los propósitos definidos. Siendo así, el proceso de planeación estratégica es continuo, la planeación estratégica precede y preside las funciones de dirección de la empresa. La planificación estratégica tiene dos connotaciones relativamente diferentes; realizar un "mapa" de las probables decisiones futuras de una organización (Empresa privada o Institución pública) o diseñar una ruta de acción personal para el futuro. En ambos casos nos enfrenta a la incertidumbre de qué pasará en el futuro y cómo actuaremos de manera conveniente para cumplir nuestros propósitos fundamentales.

Al final las dimensiones personal e organizacional se entretajan en tanto el rumbo que elegimos para nuestras organizaciones influirá en las personas y viceversa. En general se trata de la interacción entre entorno y el interno de los entes y la habilidad de estos para configurar estrategias que nos permitan aprovechar nuestras fortalezas internas y las oportunidades externas.

Durante los últimos años, en los países industrializados, la planeación corporativa ha tenido que ver con hechos determinantes del cambio. Como resultado desde su generalizada Introducción en la década del 60, el estilo de la planificación estratégica ha pasado por varias fases.

Fases.

Década del 60'	Década 70'	Principios 80'	Década 90' y principio del 2000'
Planeación para un período de estabilidad y crecimiento	Planeación para empresas en situación de ataque.	Planeación para recortes y racionalización	<i>Planeación para:</i> 1. Crecimiento rentable 2. Desnormalización y privatización 3. Mercados mundiales

Principales diferencias de los estilos de planificación estratégica por cada década

<ul style="list-style-type: none"> - Proyecciones LP - Presupuestos 5 años - P. Operativos detallados - Estrategias para el crecimiento y la diversificación 	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategias explícitas - Divisiones en unidades empresariales estratégicas - Proyección explorativa - Planeación para el cambio sociopolítico - Simulación de estrategias alternativas 	<ul style="list-style-type: none"> - La alta Gerencia está a cargo de la estrategia. - Enfoque total del negocio elaboración y puesta en marcha de la Estrategia - Liderazgo visible ejercido por la alta Gerencia. - Compromiso de los funcionarios a todos los niveles - Inversiones masivas en nuevas Tecnologías 	<ul style="list-style-type: none"> - Alta importancia a los factores del entorno - Uso de tecnologías informáticas - Incremento del cálculo de riesgos - Altas velocidades en la renovación del conocimiento - Altas velocidades en adquirir y perder ventajas competitivas
--	--	---	--

Principales técnicas por década

<ul style="list-style-type: none"> - Proyección tecnológica - Planeación de fuerza laboral - Presupuestación del programa - Análisis de vacíos 	<ul style="list-style-type: none"> - Planeación de escenarios - Apreciación del riesgo político y Proyección social - Evaluación de impacto ambiental 	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de escaños competitivos - Filosofías y objetivos empresariales explícitos - Portafolios de tecnologías y recursos - Entrenamiento interno de mercadeo y servicios 	<ul style="list-style-type: none"> - Formación de Liderazgo - Benchmarking - Holística gerencial - Inteligencia emocional - Mejoras continuas - Cuadro de indicadores
--	--	---	---

- Matriz de producto mercado	- Análisis de portafolio de negocios - Curvas de experiencia - Análisis de sensibilidad y riesgo - Presupuestación base cero	- Programas de mejoramiento a la calidad - Bases de datos internas y externas	
------------------------------	---	--	--

Tabla 1.1. Fases

La Planeación Estratégica

Aplicación de la intuición y el análisis para determinar las posiciones futuras que la organización o empresa debe alcanzar

Proceso dinámico lo suficientemente flexible para permitir -y hasta forzar- modificaciones en los planes a fin de responder a las cambiantes circunstancias.

Componente intermedio del proceso de planeación, situado entre el pensamiento estratégico y la planeación táctica.

Trata con el porvenir de las decisiones actuales, observa la cadena de consecuencias de las causas y efectos durante un tiempo, relacionadas con una decisión real o intencionada que tomara la dirección.

Identificar y llevar a la práctica los objetivos a Largo Plazo de la empresa.

La planeación estratégica es un proceso que mantiene unido al equipo directivo para traducir la misión, visión y estrategia en resultados tangibles, reduce los conflictos, fomenta la participación y el compromiso a todos los niveles de la organización con los esfuerzos requeridos para hacer realidad el futuro que se desea.

En cuanto a la planificación Tecnológica esta debe de actuar sobre todas las etapas del proceso, básicamente sobre la de movilización del potencial productivo y la de capacidad innovativa.

Se deben tener presentes, además, las oportunidades tecnológicas y de

mercados; la conducta dinámica de las empresas y de las élites industriales; las elasticidades sectoriales de cambio técnico; el control de los medios de producción; etc.

Para el desarrollo tecnológico se requieren recursos físicos, humanos y financieros. En particular para el financiamiento del desarrollo tecnológico - innovativo, es necesario disponer de fondos para cubrir el "riesgo tecnológico" de las empresas, mediante una serie de medidas coherentes que tiendan a favorecer a aquellas que estimulen el concepto de innovación y de autonomía tecnológica, que tiendan a crear "incubadoras de empresas" y "empresas de base tecnológica" y que capaciten "emprendedores con el objetivo de apoyarles en el diseño de políticas de innovación y desarrollo tecnológico a través de los estudios previos necesarios (demanda tecnológica, oferta e innovación y capacidad investigadora...), así como del definitivo proceso participativo y consensuado de elaboración de la estrategia.

Estrategias tecnológicas

De infraestructura	De comercialización
De diseño	De organización y gestión
De producción	De personal
De servicios	De negocios
De marketing	De conocimiento

Innovación tecnológica

Una de las fuentes principales para la generación de conocimiento en la empresa es la Innovación Tecnológica. Esta puede tener identidad y vida propia dentro de la organización, pero es bajo el resguardo de la Gestión del Conocimiento cuando queda integrada totalmente dentro de los procesos de negocio de la empresa. A continuación tendremos distintas interpretaciones del concepto de Innovación mercado.

Creación o modificación de un producto y su introducción en un

Este fenómeno implica la introducción exitosa en el mercado, en los procesos de producción o en las propias organizaciones, de nuevos productos, tecnologías o servicios intensivos en conocimiento, así como la subsiguiente difusión en la sociedad.

Consiste en aportar algo nuevo y aún desconocido en un determinado contexto.

El manual de Frascati (OCDE, 1992) indica que la innovación es la transformación de una idea en un producto vendible nuevo o mejorado o en un proceso operativo en la industria y en el comercio o en nuevo método de servicio social.

Una innovación es una introducción exitosa de un nuevo producto en el mercado.

Es necesario marcar la diferencia entre invento e innovación por cuanto solo una pequeña proporción de las patentes (menos de 10%) llegan a convertirse en innovaciones en la sociedad.

Viendo lo que todo el mundo ve, leyendo lo que todo el mundo lee, oyendo lo que todo el mundo oye, innovar es realizar lo que nadie ha imaginado, todavía.

Si analizamos esto tendremos que no solo es necesario crear algo sino buscar que este pueda ser difundido ante la sociedad y que la misma perciba un gran beneficio de este, lo que conocemos como niveles de penetración en la sociedad.

Es decir, que una idea, una invención o un descubrimiento se transforma en una innovación en el instante en que se encuentra una utilidad al hallazgo.

Clases de Innovación:

Según el objeto de la innovación

Producto: Fabricación y comercialización de nuevos productos o mejores versiones de productos existentes, ya sea mediante tecnologías nuevas (microprocesadores, videocasetes, etc.) o mediante nuevas utilidades de tecnologías existentes (walkman, agenda electrónica, etc.). Un ejemplo de este tipo de innovación es el teléfono móvil, donde si analizamos las tres condiciones simultáneas que debía tener un producto para ser innovador, tenemos la siguiente situación:

Tecnología de comunicaciones celulares: muy diferente de la convencional, pero suficientemente madura.

Necesidad de la sociedad: hablar en cualquier momento, desde cualquier sitio.

Coste aceptable: equiparación progresiva a los costes de la telefonía fija.

Según el impacto de la innovación

Viene determinada por la relación con la situación anterior de las necesidades de la sociedad.

Proceso: Instalación de nuevos procesos de producción para mejorar la productividad o racionalizar la fabricación, ya sea para la fabricación de productos nuevos o para la fabricación más eficiente de productos existentes (como por ejemplo la nueva técnica de litografía para fabricación de memorias RAM).

Incremental: Se parte del conocimiento adquirido y de la identificación de sus problemas. Se suele buscar una mejor eficiencia en el uso de materiales y una mejor calidad de acabados a precios reducidos.

Ejemplo: electrónica de consumo japonesa.

Según el efecto de la innovación

Radical: Se desarrolla a partir de resultados de investigación. Su éxito comercial (condición para que puedan considerarse realmente innovaciones) depende de muchos factores pero uno es básico: responder a necesidades insatisfechas del ser humano en un momento histórico determinado que son repentinamente aceptadas por la mayoría.

Ejemplo: transistor frente a válvula de vacío.

El mercado al que van dirigidos es el mismo (usuarios y necesidades

predefinidos).

La funcionalidad básica de los productos se mantiene

Ejemplo: DRAM 64Mb (frente a RAM 4Mb).

Continuistas: Buscan mejorar las prestaciones (reduciendo costes, incrementando la funcionalidad, respondiendo a problemas identificados previamente en el proceso de fabricación, etc.) pero sin alterar dos elementos básicos:

Rupturitas: Suelen ser innovaciones que conducen a productos con prestaciones inferiores, a corto plazo. Pero presentan otras características que los clientes valoran por encima de los productos anteriores (más barato, más simple, más pequeño o más fácil de usar).

Ejemplo: PC (peores prestaciones que el mini ordenador).

Con los conceptos planteados anteriormente procederemos a analizar todo lo que implica la innovación tecnológica y el entorno en el cual es desarrollado.

La riqueza de una empresa o de cualquier comunidad humana proviene del trabajo de las personas. Para la misma cantidad de trabajo, las formas de organización y capitalización de ese trabajo, la dotación en infraestructuras, el capital de conocimientos de las personas, entre otros factores, permiten que la riqueza se cree y se consolide con mayor o menor velocidad, pero ninguno de estos factores se extrae directamente de los mercados financieros.

La innovación tecnológica es un requisito de la creación de riqueza. En las economías desarrolladas y competitivas, sólo existen tres formas de que el trabajo de las personas produzca nueva riqueza empresarial de manera sostenible: captar y fidelizar clientes, incrementando la cuota de mercado en una actividad determinada; optimizar procesos, incrementando la productividad del trabajo y, sobre todo, desarrollar nuevos productos y servicios para crear actividades enteramente nuevas. En estos tres frentes, poco se puede hacer sin innovación.

Por supuesto, muchas iniciativas pueden no ser tecnológicas: por ejemplo, se puede incrementar la cuota de mercado fusionándose con empresas competidoras, o aumentar la productividad trasladando actividades a países o regiones con estructuras de costes más favorables, o desarrollar nuevos productos a partir de brillantes ideas con escaso o nulo componente

tecnológico.

Pero la innovación tiende a ser cada vez más tecnológica. Nuestra sociedad vive inmersa en una espiral ascendente de tecnología. Ya somos una comunidad muy tecnificada, en la que cada vez más procesos del día a día dependen de la tecnología, y cambiar esos procesos o lanzar nuevos productos y nuevos hábitos requieren a su vez una mayor intensificación tecnológica.

En este sentido podemos ver de manera gráfica la importancia de la innovación tecnológica en la actualidad, La siguiente figura representa esquemáticamente la relación existente entre la innovación, la innovación tecnológica, y la I+D. Como se puede ver, la innovación tecnológica es un tipo particular de innovación en la que la tecnología juega un papel fundamental.



Figura 1.4. Relación innovación, la innovación tecnológica y I+D

La historia más reciente, existe un creciente consenso entre los economistas en afirmar que el origen de la larga y sorprendente expansión económica de Estados Unidos en los años noventa estuvo en gran medida en el impacto positivo, sobre la productividad y el crecimiento empresarial, de las tecnologías de la información que se empezaron a introducir masivamente en las empresas a finales de los años ochenta.

El éxito de la innovación tecnológica depende de una conjunción acertada de factores sustancialmente independientes entre sí: curva de madurez de la

tecnología correspondiente, demanda latente del público, conceptos y modelos de negocio viables, profesionales cualificados capaces de transformar ideas en realidades y, por último, recursos financieros.

Entre otras cosas, la complejidad de la innovación implica que se necesita tiempo para llevarla a buen término. Si analizamos pasadas revoluciones tecnológicas, vemos que tuvieron que pasar entre 20 y 30 años, para que la electricidad, los teléfonos o los ordenadores alcanzaran cuotas de penetración del 40% de los hogares en Estados Unidos, fueron necesarios 40 años para que hubiera electricidad y nada menos que 65 años para que hubiera teléfono en el 80% de los hogares.

En el siguiente grafico veremos el proceso de la innovación. La tecnología constituye un input para el proceso de innovación del que se obtendrán unos outputs que podrán transformarse, a su vez, en unos inputs siempre que estos últimos encierren unas tecnologías que realimenten otro proceso de innovación.

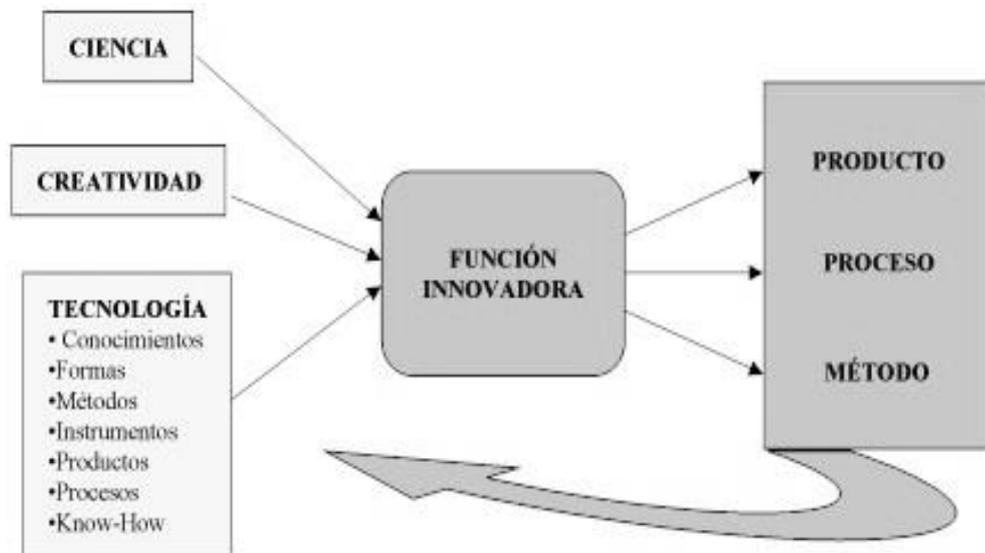


Figura 1.5. Objetivos de la Innovación Tecnológica

Mejorar la competitividad de las empresas aumentando el nivel tecnológico mediante la creación de nuevas tecnologías aplicadas a productos y procesos.

Gestionar la concesión de ayudas públicas para la mejora de la tecnología.

Fomentar las tareas de investigación y desarrollo.

Potenciar la colaboración entre empresas, universidades y centros de

investigación.

Promover la transferencia de tecnología y organiza sesiones de divulgación que ponen en contacto la oferta y la demanda de tecnología.

Condiciones para que haya innovación

Para que exista una innovación tecnológica real tienen que darse simultáneamente tres condiciones:

Un uso de tecnologías mejores que las anteriores.

Un producto que no sea tecnológicamente avanzado puede quedarse obsoleto en muy poco tiempo.

Ejemplo: sistemas de control de riego automático basados en relés.

El nuevo producto puede pretender cubrir una necesidad que la sociedad no tiene o no valora, o hacerlo a un coste socialmente inaceptable.

Ejemplo: las necesidades energéticas constituyen una necesidad básica de la sociedad, pero cubrirla con centrales nucleares ha obtenido un rechazo en muchos países.

Dirigirse a unas necesidades que la sociedad acepte

Un nuevo producto que sustituya a otro no puede introducirse en el mercado a un precio que impida su adquisición por la mayoría del segmento de consumidores a los que va dirigido.

Razonamiento

Quien crea que las necesidades de comunicación de los seres humanos en su vida profesional y personal, se agotan con las formas actuales de la telefonía y transmisión de datos, desconoce el carácter radicalmente social de la naturaleza humana.

Con las nanotecnologías al rescate, estas células fundamentales de las tecnologías de la información seguirán duplicando sus prestaciones cada 18 meses, al menos durante 10 o 15 años más con base en el silicio y posteriormente con otros materiales, por ese lado el motor tecnológico de la innovación seguirá muy vivo.

Las actuales tendencias para la generación de capacidades de innovación parten de identificar aquellos factores que logren integrar funciones productivas con la generación de conocimientos, de la existencia de organismos capaces de asumir los riesgos que la innovación supone, de un

nuevo rol del Estado mucho más activo y del diseño de instrumentos para la transferencia de tecnología. En definitiva se requiere un cambio cultural frente a una nueva forma de competir en los mercados.

Los gobiernos deben asumir un papel mucho más activo en materia de apoyo a la competitividad, un papel que supone crear las condiciones favorables para la innovación, atendiendo y profesionalizando los instrumentos para considerar realidades muy disímiles, incluso dentro de un mismo país, atendiendo diferencias desde un punto de vista sectorial o territorial.

Necesitamos generar una visión propia, que atienda la realidad de nuestros países, que parta de nuestra cultura, que sea integradora, donde los factores sociales que inciden en la capacidad de innovación sean correctamente interpretados. En numerosos países se han venido desarrollado diversas e interesantes experiencias, pero la importancia estratégica que se le atribuye a la ciencia y la tecnología sigue siendo relativa si tenemos en cuenta el porcentaje del PIB que se destina en la mayoría de nuestros países. Las empresas se siguen demostrando poco activas en materia de innovación.

Transferencia Tecnológica.

La evolución económica de las empresas está ligada a un proceso de cambio tecnológico de sus aparatos productivos, en que los métodos y sistemas de producción y comercialización de bienes y servicios son sustituidos por otros más eficientes o para producir nuevos productos, para satisfacer las demandas y gustos del cliente.

Proceso de Transferencia Tecnológica

El proceso del cambio tecnológico puede ser el resultado de una tecnología local o una transferencia foránea. En nuestro país por lo general los cambios tecnológicos se dan por la transferencia de tecnologías desarrolladas por países más avanzados.

Según Ignacio Avalos la transferencia de tecnología implica la transferencia de una capacidad tecnológica para usar adecuadamente, adaptar y mejorar la tecnología comprada. Todos los esfuerzos de negociación deben orientarse hacia la obtención de los conocimientos y habilidades o destrezas operativas relacionadas con los productos, procesos y métodos de producción, las

máquinas y los equipos, las materias primas e insumos, los métodos de organización de la empresa y el trabajo.

Con la importación de estos bienes se da un flujo de información; esta información puede estar contenida en los documentos técnicos sobre su operación, mantenimiento, diseño y fabricación (software) o asociada con el entrenamiento de personal técnico (know-how).

La importación de tecnología en sí no es un problema, los problemas se presentan o se generan por una mala selección de la tecnología o por una contratación perniciosa.

Los problemas involucrados o derivados de la transferencia de tecnología se pueden agrupar en problemas relacionados con el costo y uso de la tecnología, problemas generados por la falta de capacidades tecnológicas, problemas originados en la debilidad de la infraestructura científica y tecnológica y problemas causados por la falta de autonomía para la toma de decisiones en materia tecnológica.

Las necesidades para transferir tecnologías sanas deberán identificarse a las disponibilidades de los recursos naturales y humanos para realizarlos. Las barreras van desde el desconocimiento adecuado de los recursos, la falta de conocimiento sobre lo que se puede realizar con ellos, condiciones para realizar inversiones, seguridad jurídica, falta de conocimiento tecnológico y la falta del conocimiento del proceso de transferencia de tecnología.

Objetivos de la Transferencia de Tecnología.

Convertir la inversión directa en un motor de crecimiento de la economía.

Convertir la inversión privada en el máximo generador de empleo.

Generar la producción de bienes y servicios competitivos en el mercado nacional, regional e internacional.

Contribuir a que la inversión directa incremente la competitividad del país.

Potenciar la capacidad, aprovechamiento y conservación de los recursos del país.

La comunicación y retroalimentación entre los actores responsables de la definición e implementación de la estrategia de inversiones y los responsables del uso y desarrollo de la Tecnología; fundamentales para el desarrollo de los países.

Mecanismos para la efectividad de transferir Tecnología

Es importante caracterizar y entender la problemática de la transferencia de tecnología, en atención a que la acción de transferir debe ser complementada con las de absorber, perfeccionar y aplicar. Los aspectos como son el de búsqueda, evaluación y selección de tecnología, forman parte fundamental para la transferencia de tecnología. Varias acciones son:

La detección de la demanda o la existencia misma del proyecto.

La formulación de la demanda, que es la definición de los requerimientos tecnológicos que se necesitan.

La búsqueda de alternativas tecnológicas.

La evaluación y selección.

La negociación.

La adaptación, implementación y absorción de la tecnología.

Búsqueda internacional de Tecnología

La Búsqueda de Tecnología se puede categorizar en tres tipos con un enfoque internacional:

Búsqueda General: los usuarios industriales, privados o estatales, necesitan para el desarrollo de un sector, industria o conjuntos de industrias, un conocimiento general sobre las tecnologías existentes en el mercado mundial relacionadas a tal sector o industria. Es preciso conocer las grandes variables tecnológicas para las diferentes alternativas disponibles de tecnologías que sirven a un mismo fin industrial específico.

Búsqueda de Condiciones: es la búsqueda internacional de las condiciones de negociación de la tecnología. No se trata de ver qué modalidades y condiciones más favorables pueden obtenerse para la adquisición de una tecnología en términos de regalías de precios de productos intermedios y de bienes de producción, de créditos, plazos, restricciones al uso de la tecnología, etc., sino que debe incluir el examen del posible impacto de las tecnologías importadas en el país o región usuaria, la utilización eficiente de insumos locales; las posibilidades de asegurar la exportación de los productos resultantes, la posibilidad de aprender los principios mismos de la tecnología por parte de los usuarios, etc.

Búsqueda de tecnología específica: se trata de una investigación de

alternativas tecnológicas, relacionadas con un proyecto determinado, previo a su realización. Se trata de proyectos específicos, con parámetros determinados que requieren para su realización de insumos tecnológicos bien definidos, cuya complementación con insumos locales debe haber sido evaluada previamente. Este tipo de búsqueda cubre no solo los canales usuales de comercialización de tecnología, sino que puede y debe incluir la búsqueda de informaciones técnicas que permitan si copia simple o adaptación de tecnologías disponibles, sin que implique necesariamente pago alguno.

Criterios de selección de Tecnología

Algunos criterios de evaluación tecnológicas son:

Impacto social (incidencia sobre empleo).

Uso de recursos locales (materias primas, materiales, energía).

Escala de producción.

Uso de capacidades de ingeniería y de fabricación de quipos locales.

Vida esperada y grado de obsolescencia.

Complejidad (alto nivel de instrumentación, facilidad de mantenimiento).

Rendimiento (productividad referida a materias primas mano de obra, inversión).

Otros métodos utilizados en diversos proyectos:

Método de búsqueda aleatoria: se busca información tecnológica en la bibliografía, los "abstracts", revistas y artículos especializados, y las referencias de las fuentes de información, como ser centros de documentación y empresas.

Método de búsqueda sistemática: recurrimos a la información patentada y el Know-how y los conocimientos no patentados. Partimos del hecho de que tenemos ciertos conocimientos de lo que queremos conocer sobre la tecnología y por lo tanto la aplicación del método se hace más efectiva.

Método de búsqueda estructurada: se hace un relevamiento a nivel mundial de los proveedores y usuarios de la tecnología y de los fabricantes de equipos, a quienes se contactan, evaluando la información suministrada por los mismos.

Clasificación de fuentes y referencias de Tecnología

Primarias.

- Fabricantes que usan y proveen la tecnología.
- Firmas de Ingeniería.
- Firmas consultoras y consultores individuales
- Instituciones de investigación y desarrollo.
- Agencias gubernamentales.
- Agencias Internacionales y Regionales.

Secundarias

- Sociedades técnicas.
- Asociaciones comerciales e industriales
- Centros de información y documentación
- Oficinas de registros de patentes y propiedad industrial.
- Firmas comerciales de licencias y patentes.

Terciarias.

- Publicaciones técnicas y comerciales.
- Directorios y guías de información.
- Manuales, enciclopedias.

Factores para la toma de decisiones

Algunos factores que deben tomarse en cuenta para la elección de uno o varios procesos tecnológicos se agrupan en estas categorías:

Factores técnicos relacionados con la materia prima.

Factores técnicos relacionados con la localización e infraestructura.

Factores relacionados con el objetivo de la planta.

Factores económicos directos.

Factores relacionados con la confiabilidad de la planta (empresa, organización, etc.)

Calidad

Desde un punto de vista general, se entiende como calidad el grado de perfección de un objeto. Esta definición es muy abstracta, ya que ese grado de perfección viene determinado por comparación con otros objetos, o con un

conjunto de cualidades y características que deseamos que el objeto posea. La palabra "Calidad" ha dado lugar a una larga serie de definiciones, muy diversas y significativas (Ivancevich, Lorenzi, y Skinner, 1996) algunas de las cuales reproducimos a continuación:

Calidad significa conformidad con los requisitos (Philip B. Crosby, 1994).

Calidad es la medida en que un producto específico se ajusta a un diseño o especificación (Gilmore Harold L. 1969).

Calidad es aptitud para el uso (Juran M. J. 1990).

Calidad es satisfacer las expectativas del cliente. El proceso de mejora de la calidad es un conjunto de principios, políticas, estructuras de apoyo y practicas destinadas a mejorar continuamente la eficiencia y la eficacia de nuestro estilo de vida (A.T.T.).

Calidad es el grado de excelencia a un precio aceptable y el control de la variabilidad a un costo aceptable (Broh Robert 1961).

Calidad significa lo mejor para ciertas condiciones del cliente. Estas condiciones son: a) el uso actual, y b) el precio de venta del producto. (Feigenbaum Armand 1994).

La norma UNE-EN-ISO 9000-1 (AENOR, 1994 a), proporciona la siguiente definición de calidad: Conjunto de características de una entidad que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas y las implícitas.

Parece por tanto que se impone el concepto de calidad como aptitud para el uso, es decir a su capacidad para satisfacer necesidades, distinguiendo que las mismas pueden estar expresadas o simplemente implícitas.

En la historia de la humanidad está directamente ligada con la calidad desde los tiempos más remotos, el hombre al construir sus armas, elaborar sus alimentos y fabricar su vestido observa las características del producto y enseguida procura mejorarlo.

La práctica de la verificación de la calidad se remonta a épocas anteriores al nacimiento de Cristo. En el año 2150 A.C., la calidad en la construcción de casas estaba regida por el Código de Hammurabi, cuya regla #229 establecía que "si un constructor construye una casa y no lo hace con buena resistencia y la casa se derrumba y mata a los ocupantes, el constructor debe ser

ejecutado”.

En los vestigios de las antiguas culturas también se hace presente la calidad, un ejemplo de ello son las pirámides Egipcias, los frisos de los templos griegos, etc.

Sin embargo, la Calidad Total, como concepto, tuvo su origen en Japón donde ahora es una especie de religión que todos quieren practicar.

Durante la edad media surgen mercados con base en el prestigio de la calidad de los productos, se popularizó la costumbre de ponerles marca y con esta práctica se desarrolló el interés de mantener una buena reputación (las sedas de damasco, la porcelana china, etc.) Dado lo artesanal del proceso, la inspección del producto terminado es responsabilidad del productor que es el mismo artesano.

En la era de la revolución industrial, trajo consigo el sistema de fábricas para el trabajo en serie y la especialización del trabajo. Como consecuencia del alta demanda aparejada con el espíritu de mejorar la calidad de los procesos, la función de inspección llega a formar parte vital del proceso productivo y es realizada por el mismo operario (el objeto de la inspección simplemente señalaba los productos que no se ajustaban a los estándares deseados).

A fines del siglo XIX y durante las tres primeras décadas del siglo XX el objetivo es la producción, el hombre siempre ha buscado calidad en los servicios ó en los productos de manera que satisfagan sus necesidades. La función de inspección se separa de la producción; los productos se caracterizan por sus partes o componentes intercambiables, el mercado se vuelve más exigente y todo converge a producir, siendo la medición de la actividad de los operarios dando las bases para mejorar estándares de operación.

El control de la calidad se practica desde hace muchos años en Estados Unidos y en otros países, pero los japoneses, enfrentados a la falta de recursos naturales y dependientes en alta grado de sus exportaciones para obtener divisas que les permitieran comprar en el exterior lo que no podían producir internamente, se dieron cuenta de que para sobrevivir en un mundo cada vez más agresivo comercialmente, tenían que producir y vender mejores productos que sus competidores internacionales como Estados Unidos,

Inglaterra, Francia y Alemania.(Álvarez, F., 2003) Lo anterior los llevó a perfeccionar el concepto de calidad. Para ellos debería haber calidad desde el diseño hasta la entrega del producto al consumidor, pasando por todas las acciones, no sólo las que incluyen el proceso de manufactura del producto, sino también las actividades administrativas y comerciales, en especial las que tienen que ver con el ciclo de atención al cliente incluyendo todo servicio posterior.

Teorías de la Calidad

La palabra calidad designa el conjunto de atributos o propiedades de un objeto que nos permite emitir un juicio de valor acerca de él; en este sentido se habla de la nula, poca, buena o excelente calidad de un objeto.

Cuando se dice que algo tiene calidad, se designa un juicio positivo con respecto a las características del objeto, el significado del vocablo calidad en este caso pasa a ser equivalente al significado de los términos excelencia, perfección.

Existen diferentes definiciones de calidad, el uso de cada una depende del área en que se está trabajando. Anteriormente se creía que la calidad era demasiado costosa y por eso influía en las ganancias producidas por la empresa. Ahora se sabe que el buscar la calidad resulta en una baja en los costos de las empresas y una mayor ganancia. Se ha discutido mucho la definición de calidad, a continuación se muestra el enfoque por los más destacados pensadores

Según (Deming W. Edward, 1989); define a la calidad como tangible, medible y es la clave para la competitividad ya que incide directamente en el aumento de productividad y reducción de costo.

La filosofía de Deming se caracteriza por los siguientes aspectos: La calidad aumenta y por lo tanto bajan los costos y los ahorros se le pueden pasar al consumidor.

- Debe iniciarse en la alta dirección.
- Todo el personal de la organización debe participar.
- Está basado en un proceso continuo de mejoras.
- Es de bases científicas.

Tiene por objeto servir siempre mejor al cliente.

Su metodología contempla la investigación del consumidor por medio de encuestas periódicas y evaluación de cambios de mercado. Presenta catorce puntos para transformar una empresa:

1. Ser consistentes.
2. Adoptar una filosofía.
3. Incorporar la calidad desde la primera operación.
4. Reducir el costo.
5. Capacitación.
6. Liderazgo.
7. Elimine el temor y la incertidumbre.
8. Crear grupos de trabajo.
9. Elimine objetivos numéricos.
10. Elimine cuotas de trabajo.
11. Elimine la administración por objetivos.
12. Promover la responsabilidad en el trabajador y los directivos.
13. Elaborar un programa de auto desarrolló.
14. Mejorar la empresa mediante la integración y mejora continua.

Así también (Juran M Joseph 1990); define a la calidad como un servidor para planificar la calidad y las estrategias empresariales.

Se entiende su filosofía como la ausencia de deficiencias que pueden presentarse como: retraso en las entregas, fallas durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas. La calidad es adecuarse al uso.

En la metodología de Juran se presenta la siguiente Trilogía:

- Planeación de la calidad.
- Control de la calidad.
- Mejoramiento de la calidad.

Los tres procesos se relacionan entre sí, todo comienza con la planificación de la calidad. El objeto de planificar es suministrar a las fuerzas operativas los medios para obtener productos que puedan satisfacer las necesidades de los clientes. (Palacios J, 2006)

El pensamiento sobre calidad según (Ishikawa Kaoru 1997); define a la

calidad que debe observarse y lograrse no solo a nivel del producto sino también en el área de ventas, en la calidad de administración, en la compañía en sí y la vida personal.

La Calidad Total es cuando se logra un producto es económico, útil y satisfactorio para el consumidor.

Presenta en su filosofía los siguientes puntos:

- La calidad empieza y termina con educación.
- El primer paso en calidad es conocer las necesidades de los clientes.
- El estado ideal del Control de Calidad es cuando la inspección ya no es necesaria.
- Es necesario remover las raíces y no los síntomas de los problemas.
- El control de calidad es responsabilidad de toda organización.
- No se debe confundir los medios con los objetivos.
- Se debe poner en primer lugar la calidad, los beneficios financieros vendrán como consecuencia.
- La mercadotecnia es la entrada y éxito de la calidad.

La alta Administración no debe mostrar resentimientos cuando los hechos son presentados por sus subordinados. Su metodología introduce el concepto de Círculos de Calidad, fue originador del Diagrama de Análisis de Causa-efecto, que se utiliza como herramienta para resolución de problemas.

(Crosby Philip 1994); define a la calidad como un servicio que es gratis. Sus costos solo están relacionados con los diversos obstáculos que impiden que los operarios obtengan desde la primera vez.

Su filosofía consiste en cero defectos, y los niveles aceptables de calidad deben prohibirse pues comprometen el objetivo de cero defectos.

En su metodología presenta el Programa para la mejora de calidad:

- Compromiso de la dirección.
- Equipo para la mejora de la calidad.
- Medición de nivel de calidad.
- Evaluación del costo de la calidad.
- Conciencia de la calidad.

- Sistema de acciones correctivas.
- Establecer comité del Programa Cero Defectos.
- Entrenamiento en supervisión.
- Establecer el día "Cero defectos".
- Fijar metas.
- Remover causas de errores.
- Dar reconocimiento.
- Formar consejos de calidad.
- Repetir todo de nuevo.

Calidad de la Atención y de los Servicios.

La calidad depende de un juicio que realiza el usuario, este puede ser un juicio del producto o del servicio, según las características de su uso.

Es un hecho reconocido que toda institución prestadora de servicios de salud debe evaluar regularmente la calidad de la atención.

Basados en el modelo DOPRI desarrollado por (Galán R, 2003), que en forma objetiva y práctica permite evaluar la calidad de la atención en distintas instituciones de salud, realizando las adaptaciones requeridas de acuerdo a sus propias características; (Malagón G., Galán R., Pontón G., 2003) se realizará una propuesta de investigación.

Para evaluar la calidad de la atención es necesario conocer los distintos enfoques que se tienen para definir esta propiedad. En la conceptualización de la situación se han identificado tres enfoques, a saber: el técnico-científico, el lógico y el óptimo de la calidad. El primero se refiere al contenido del saber médico y a la tecnología médica disponible. Corresponde a la oferta de lo mejor para el paciente, en términos del saber médico y la Tecnología. En el segundo, la calidad se define en función de la eficiencia con la cual se utiliza la información para la toma de decisiones. El enfoque óptimo es la respuesta a distintas alternativas, por ejemplo, prioridad entre la prevención y la curación entre programas ambulatorios y hospitalarios, atención con personal profesional o auxiliar. En este enfoque, la calidad de los servicios se refiere al logro de los objetivos de los mismos con el menor costo posible.

Calidad de la Atención.

Calidad de la atención es el conjunto de características técnicas científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados.

Calidad de los servicios.

La calidad de los servicios de salud es el desempeño apropiado de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad y la morbilidad.

Atributos de la calidad de la atención.

Sobre el tema se han identificado las siguientes cualidades:

Oportunidad.

Corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

Continuidad.

Se refiere a la aplicación, en secuencias lógicas, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.

Suficiencia e integridad.

Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.

Racionalidad lógica-científica.

Utilización del saber médico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud, aplicando los criterios de los enfoques lógicos y óptimos mencionados.

Satisfacción del usuario y del proveedor.

Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los

servicios y con los resultados de la atención. Así mismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan.

Efectividad.

Es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible.

Eficiencia.

Es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud.

Optimización.

Es el balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud.

Aceptabilidad.

Es la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares. Incluye aspectos relativos a la accesibilidad, relación médico-paciente, amabilidad y conformidad con los efectos y los costos del tratamiento.

Legitimidad.

Es la conformidad con los principios éticos, valores, normas, regulaciones y leyes que rigen la comunidad.

Equidad.

Es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población.

Otras dimensiones.

(Pereira 2011), citado por (Gabaldon 2013), una de las dimensiones más importantes es la accesibilidad a los servicios de salud: Accesibilidad geográfica: localización, disponibilidad de transporte, tiempo de viaje y condiciones de vías de acceso, área de influencia.

Accesibilidad económica: atenta contra la calidad de servicio por el incremento de la pobreza crítica.

Accesibilidad organizacional: organización de las actividades que ofrecen los

servicios de salud. Horario de atención, tiempo de espera, recursos humanos disponibles.

Accesibilidad lingüística: comunicación, lenguaje.

Accesibilidad física: capacidad física y funcional de la institución de salud.

Aseguramiento de la Calidad.

Es el conjunto de actividades planificadas y sistemáticas aplicadas en un Sistema de Calidad para que los requisitos de calidad de un producto o servicio sean satisfechos. Entre estas actividades se encuentran la medición sistemática, la comparación con estándares, el seguimiento de los procesos, todas actividades asociadas con bucles de realimentación de información. Estas actividades contribuyen a la prevención de errores, lo cual se puede contrastar con el Control de Calidad, que se centra en las salidas del proceso.

Normas ISO 9001:2000

La serie ISO 9001:2000 "son normas técnicas internacionales sobre los sistemas de calidad aceptadas y validadas mundialmente", también "ISO 9000 es el nombre genérico con el que coloquialmente se designa a una familia de normas de aseguramiento de calidad."

ISO 9001:2000 consiste en una serie de procedimientos y directrices que le permiten homogenizar lenguajes y bases técnicas a nivel mundial, con el fin de seleccionar y mejorar procesos. Esta serie de normas pueden aplicarse a cualquier industria, producto o servicio, y consta de requisitos y directrices para establecer sistemas de calidad dentro de una organización, permitiéndole efectuar transacciones con cualquier organización en el mundo, con menor riesgo y mayor confianza, son normas prácticas burocráticas que buscan el logro de la calidad.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Referencia.

Transferencia formal mediante un instrumento uniforme y oficializado para la atención del paciente con una necesidad de salud que supera la capacidad de resolución del centro asistencial a otro centro asistencial de un nivel de mayor

complejidad.

Mecanismo por el cual MINSA en el marco de sus procesos de descentralización de competencias y recursos, define estrategias que permitan garantizar a la población asegurada el acceso de a los servicios de salud.

Este modelo de atención tiene su enfoque en la atención primaria es decir que esto permite mejorar la atención al paciente y realizar un adecuado direccionamiento de acuerdo a las necesidades de salud

En el caso que el paciente requiera una atención especializada se le entregara una hoja de referencia para hacer atendido por un centro asistencial con un médico especialista o por el contrario serán contrarreferidos.

Contrarreferencia.

Transferencia formal del centro asistencial de un mayor nivel de complejidad a un centro asistencial de menor complejidad para el seguimiento del caso, cuando ya no se requiere atención en el nivel de mayor complejidad.

Causas de referencia.

- Solicitud de procedimiento diagnóstico (Ej. Gastroduodenoscopia).
- Solicitud de procedimiento terapéutico (Ej. Polipectomía colonoscópica).
- Solicitud de exámenes auxiliares y de diagnóstico por imágenes (Ej. Tomografía axial computarizada).
- Solicitud de hospitalización o internamiento (Ej. Celulitis)
- Solicitud de cirugía ambulatoria o con internamiento (Ej. Hernioplastía)

Causas de Contrarreferencia.

Solicitud de seguimiento de casos, por ejemplo, control de hipertensión arterial; y solicitud para procedimientos, por ejemplo, retiro de yeso o de puntos de cirugía.

Catálogo de prestaciones.

Lista de servicios disponibles por los centros asistenciales de salud; por tipo de servicios (hospitalización, laboratorio, consulta ambulatoria, etc.); y por tipo de complejidad de los casos (Ej. partos complicados o partos simples).

Instrumento de referencia o derivación.

Documento que registra la información para enviar al usuario a otro centro asistencial de salud con un resumen de historia clínica y exámenes auxiliares.

1.3.1. Definición de Términos

Calidad: Conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas.

Calidad de la atención: Conjunto de características técnicas científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los pacientes.

Calidad de los servicios de salud: Consiste en satisfacer o superar las expectativas de manera congruente. Es juzgar una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un Indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no.

Oportunidad: Corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

Continuidad: Se refiere a la aplicación, en secuencias lógicas, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.

Suficiencia e integridad: Significa provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.

Racionalidad lógica-científica: Viene a ser la utilización del saber médico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud, aplicando los criterios de los enfoques lógicos y óptimos.

Satisfacción del paciente y del prestador: Complacencia del paciente con la atención recibida, con el prestador del servicio y con los resultados de la atención. Así mismo, la satisfacción de prestador del

servicio de salud con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeña.

Efectividad: Es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible

Eficiencia: Es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud.

Optimización: Es el balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud

Aceptabilidad: Es la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares. Incluye aspectos relativos a la accesibilidad, relación médico-paciente, amabilidad y conformidad con los efectos del tratamiento.

Legitimidad: Es la conformidad con los principios éticos, valores, normas, regulaciones y leyes que rigen la comunidad.

Equidad: Es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población.

Sistema de referencia del paciente: El sistema de referencia de los pacientes es el procedimiento técnico administrativo que permite el tránsito ordenado de los pacientes por los distintos niveles de atención, de acuerdo con la naturaleza y severidad de la patología.

Historia clínica: Documentación que contiene la información de la salud relevante referida a una persona o un grupo de personas que recibe servicios de la salud. Generalmente incluye la documentación siguiente: evaluación y valoración inicial, consentimiento informado, plan de asistencia, exploraciones complementarias y pruebas diagnósticas, tratamiento, informe de alta incluyendo el programa domiciliario y recomendaciones a seguir.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Servicio: Producto generalmente intangible que es el resultado de al menos una actividad desarrollada durante la relación entre el prestador del servicio de salud y el paciente.

Aseguramiento universal en salud: Establece un marco normativo a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de todo peruano a la seguridad social en salud.

Tecnología de la información: Se diseñan e implementan los controles de tecnología de la información donde sean aplicables, para ayudar a lograr los objetivos de la información.

1.4. Formulación del problema

¿De qué manera un diseño de Gestión Tecnológica asegura la calidad de atención del paciente en la unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias del Hospital Regional Lambayeque?

1.4.1. Delimitación del Problema

Delimitación Teórica

El presente trabajo de investigación se circunscribió en proponer un diseño de Gestión Tecnológica que asegure la calidad de atención del paciente en la unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias del HRL, es decir se analizó exclusivamente a Delfín, O. (2012), donde nos indica que un diseño de Gestión Tecnológica conlleva al mejoramiento continuo de las actividades operacionales. Esto con el objeto de implementar formas óptimas de trabajo. En este sentido, el Diseño de Gestión Tecnológica va dirigido al perfeccionamiento técnico y teórico de la administración de operaciones; para que el desempeño sea más eficiente en función de los objetivos de la empresa.

1.4.2. Delimitación Geográfica

La propuesta del Diseño de Gestión Tecnológica que asegure la calidad de atención del paciente en la unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias corresponde al distrito de Chiclayo se encuentra ubicado en la Provincia de Chiclayo, Región de Lambayeque, a 8.5 Km.

1.5. Justificación e Importancia del estudio

Según Ñaupas, H. (2012); la justificación se clasifica desde el punto de vista teórico, metodológico, social y práctico.

Desde un punto de vista teórico la investigación se fundamentó en las bases teóricas del diseño de Gestión Tecnológica de Delfín, O. (2012). Que indicó, con el fin de mejorar la calidad de atención del paciente, es necesario identificar las debilidades de la Institución, así como en el adecuado registro del llenado de la hoja de referencia por parte del personal prestador, la información actualizada en el sistema de referencias, efectivas coordinaciones de las referencias entre los Centros Asistenciales de los diferentes niveles de atención (Nivel I, II, IV) cuyo monitoreo y reporte de las atenciones se evidencian en los hospitales, según los criterios técnicos determinados y los flujos establecidos, viabilidad de los elementos de soporte como el mantenimiento preventivo y correctivo de las ambulancias sin embargo se presentan problemas entre los diferentes niveles organizacionales debido al insuficiente recurso humano, alta rotación de personal, sobrecarga administrativa de los digitadores; así como la de personal encargado de la prestación para registrar la información cabe recordar que los asegurados son la razón del proceso de servicio y la calidad de atención debe ser su objetivo. Basados en esta orientación se plantea un mejoramiento continuo de la organización.

Se propone revisar los procesos, para poder estandarizar, analizar y organizar. Un proceso es la secuencia, ordenada y organizada de una serie de actividades. Los estándares son acuerdos documentados que contienen especificaciones técnicas utilizadas como reglas o guías para asegurar que

los procesos, productos o servicios médicos sirvan a su propósito.

En consecuencia se plantea que este mejoramiento produzca un impacto positivo sobre la población asegurada y la comunidad, orientando el mejoramiento continuo de los procesos en la búsqueda de la calidad. Esto lleva al incremento de la satisfacción y mejor trato humano del asegurado así como la mejora del clima laboral mejorando con esto la imagen Institucional.

1.6. Hipótesis

Si se caracterizan las estrategias de gestión tecnológica en el aseguramiento de la calidad de atención al paciente en la unidad de admisión, registros médicos, referencias y contrareferencias del hospital regional Lambayeque 2016, entonces mejoraran sus procesos.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo General

Diseñar estrategias de gestión tecnológica en el aseguramiento de la calidad de atención al paciente en la unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias del Hospital Regional Lambayeque.

1.7.2. Objetivos específicos

1. Describir los procesos actuales de atención informativa al paciente referido.
2. Identificar la situación actual a intervenir del proceso de atención y servicio al paciente referido.

3. Generar información que contribuya a mantener la calidad de atención en la unidad de admisión y referencias.

CAPÍTULO II
MATERIAL Y MÉTODO

CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de la Investigación.

2.1.1. Tipo de investigación:

El propósito de esta tesis es llegar a la formulación creativa, el desarrollo del planteamiento teórico para el aseguramiento de la calidad de atención al paciente.

Considerando las características mencionadas anteriormente y teniendo en cuenta el análisis y la evaluación realizada de las herramientas de medición disponibles, he llegado a la conclusión de que la metodología más apropiada y conducente para el análisis del formato propuesto consiste en la aplicación de una estrategia de estudio de carácter cuantitativo, basada en una investigación empírica a nivel exploratorio. Los resultados auxiliarán a sustentar la propuesta en datos concretos que provendrán de las respuestas obtenidas de los pacientes mismos que a su vez nos permitirán analizar variables indispensables para identificar las percepciones, inquietudes, sugerencias para el aseguramiento de la calidad de atención.

Finalmente, el análisis de los datos que surjan a partir de la aplicación del estudio y las conclusiones que resulten de este proceso establecerán el fundamento a partir del cual podremos tener la certeza de que si se llegara a materializar la realización que estoy planteando, éste respondería a las expectativas del asegurado.

2.1.2. Diseño de la Investigación.

El diseño de la investigación fue no experimental, transversal:

Sampieri (2008) determina que una investigación con diseño no experimental es aquella que identificará un conjunto de entidades que representan el objeto del estudio, se procede a la observación de los datos y en la que se efectúan sin la manipulación deliberada de variables.

M → O

Dónde:

M: Muestra de sujetos participantes en la investigación

O: Observación de la muestra observada

2.2. Población y Muestra.

2.2.1. Población

Sampieri (2008) detalla que la población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. Es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación.

La población del trabajo de investigación (A diciembre 2016) fueron los 646 Pacientes Referidos al Hospital Regional Lambayeque 2016.

2.2.2. Muestra

Balestrini (2001) indica que la muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. Es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese

conjunto definido en sus características al que se le llama población.

Para el caso del tamaño de la muestra de la población, se obtuvo mediante la fórmula para población finita, es decir, cuando se conoce el total de la población.

La fórmula para una muestra adecuada y representativa, fue la siguiente:

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

Dónde:

N= es el total de la población = 646

p= 0.50

q = 0.50

Z= Nivel de confianza al 93% = 1.85

e= Error 0.07

$$n = \frac{(1.85)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 646}{0.07^2(646 - 1) + 1.85^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 100$$

Utilizando un nivel de confianza de 93% y un error de estimación de 7 % para una población de 646 pacientes referidos al Hospital Regional Lambayeque, se ha obtenido encuestar a por lo menos 100 pacientes referidos de otros C.S. al H.R. para recopilar la información necesaria que se requiere en la investigación.

2.3. Variables, Operacionalización

A continuación, en la tabla 3.4.1. Se da a conocer la definición de las variables de estudio:

2.3.1. Variable de investigación

VARIABLE		DEFINICION
Independiente	Estrategias de Gestión Tecnológica	Delfín, O. (2012). Conjunto de acciones que alguien o una organización llevan a cabo con la misión de administrar una empresa, un negocio o solucionar un asunto.
Dependiente	calidad de atención al paciente	Palaci (2005: 155), Consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.

Fuente: Elaboración propia del autor

2.3.2. Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
V. Independiente Estrategias de Gestión Tecnológica	Detección y Análisis de la Situación	Identificar fortalezas del ámbito de gestión tecnológica Identificar debilidades del ámbito de gestión tecnológica	Tipo de investigación: Descriptivo Propositivo Técnicas: Encuesta. Instrumento: Cuestionario
	Diseño del plan de Estrategias	Identificar el contenido del plan de estrategias de gestión tecnológica	
	Validación del diseño de Estrategias	Eliminación de defectos del diseño de estrategias de gestión Presentación del diseño de Estrategias de gestión	
	Ejecución del Diseño de Gestión Estratégica	Establecer el Diseño de Gestión Estratégica	
	Evaluación del Diseño de Gestión Estratégica	Resultados de la aplicación del diseño de gestión estratégica Pros y contras del diseño de gestión estratégica	
V. Dependiente calidad de atención al paciente	Adaptación del paciente	Aptitudes y actitudes del paciente frente a la referencia	Tipo de investigación: Descriptivo Propositivo Técnicas: Encuesta
	Nivel de satisfacción	Porcentaje de niveles de satisfacción	
	Estímulo a la mayor Productividad	Nivel de eficiencia	

	Conocimiento de los Estándares de la Calidad	Información del personal asistencial	Instrumento: Cuestionario
	Retroalimentación	Información de desempeño del personal asistencial y administrativo	

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1. Método de la investigación

El método que se aplica en el desarrollo del presente trabajo es la investigación de tipo mixta porque se utilizara herramientas de la estadística y argumentos descriptivos para demostrar el propósito del estudio.

Los investigadores cualitativos buscan respuestas a sus preguntas en el mundo real. Recogen lo que ven, oyen y leen de personas y lugares de acontecimientos y actividades. Su propósito es informarse acerca de algún aspecto del mundo social y generar nuevos conocimientos que puedan ser usados por este mundo social.

La investigación cualitativa ha sido el método de estudio dominante en ciertas disciplinas y es una herramienta importantísima de las Ciencias Sociales. La frase “metodología cualitativa” se refiere, en su sentido más amplio, a la investigación que produce datos descriptivos inferidos de las palabras habladas o escritas y de la conducta observable en el grupo de estudio.

Así mismo utilizaremos para el presente trabajo de investigación es el Método deductivo e inductivo.

a) Método deductivo:

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

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

Se dice que es deductivo porque parte desde nuestras suposiciones en el ambiente laboral para identificar los posibles problemas de la calidad de atención al paciente por ende, se necesitó corroborar estos datos con la aplicación de la encuesta para contrastar cuanto de veracidad tuvieron las suposiciones.

b) Método inductivo.

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

2.4.2. Técnicas de investigación

Las técnicas que se utilizaron en la investigación son:

a) Análisis de datos o documentos

Se buscó información en las principales fuentes tanto primarias y secundarias, revisión de tesis de universidades, libros y datos estadísticos de instituciones privadas y estatales.

b) Encuesta

Se tomó una encuesta dirigida a la población de pacientes referidos de otros Centros de Salud hacia el hospital Regional de Lambayeque, que determinó la calidad de atención al paciente; asimismo se determinó el planteamiento de las Estrategias de Gestión Tecnológica para el Hospital Regional Lambayeque.

2.4.3. Instrumento de investigación

Se realizó primero la operacionalización de variables que es la que determinó las dimensiones e indicadores de estudio para realizar el cuestionario respectivo.

Cuestionario

Fue un listado de preguntas, generalmente escritas que el encuestado contestó sin necesidad de identificación. Fue el instrumento básico de obtención de información en la técnica de la encuesta. Para la investigación se aplicó un cuestionario de 12 preguntas y de acuerdo a los indicadores de la operacionalización.

2.5. Procedimientos de Recolección de Datos.

El procedimiento para la recolección de los datos se determinó por la siguiente ruta investigativa:

Observación participante

Los investigadores actuaron con prudencia durante el proceso de acopio de los datos asumiendo su responsabilidad ética para todos sus efectos y consecuencias que se derivan de la interacción establecida con los sujetos participantes del estudio.

Problema

Luego del análisis de la situación actual de las variables en estudio (variables) mediante la observación, se planteó la problemática existente en el Hospital Regional Lambayeque.

Objetivo general y específico

Luego se establecieron los objetivos por ser de carácter fundamental para la evaluación del escenario en estudio y luego se tomó las técnicas correctivas que corresponden a la misión de la organización

Posible soluciones

Luego de analizar y procesar los datos, se procedió a plantear estrategias para la solución del problema que se encontró.

Determinación de resultados.

Al final se determinó los resultados con la encuesta procesada mediante gráficos de barras donde se realizó un análisis a profundidad.

2.5.1. Descripción de los Procesos de la Ejecución de la Investigación.

- a) Se Presentó la documentación dirigida al Gerente del Hospital Regional Lambayeque
- b) Se entrevistó con el Gerente del Hospital para informar las actividades de acuerdo al cronograma para la ejecución del Proyecto.
- c) Se dio a conocer a los trabajadores de las diversas áreas del Hospital sobre el proyecto a ejecutarse.
- d) Se aplicó las encuestas a los pacientes referidos de distintos Centros de Salud hacia el Hospital.

2.5.2. Análisis Estadísticos e interpretación de datos

Luego de haber obtenido la información pertinente para el desarrollo de esta investigación, dicha información se procesó mediante el software estadístico de datos SPSS 22.

2.5.3. Plan de análisis estadístico de datos

Luego de haber obtenido la información pertinente para el desarrollo de esta investigación, dicha información se procesó mediante el software SPSS Versión 22

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,933	19

2.6. Aspectos Éticos.

Los criterios éticos que se tomó en cuenta para la investigación son los determinados por Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas y Rebolledo-Malpica (2012) que a continuación se detallan:

2.6.1. Consentimiento informado

A los participantes de la presente investigación se les manifestó las condiciones, derechos y responsabilidades que el estudio involucra donde asumirán la condición de ser informantes.

2.6.2. Confidencialidad

Se les informó la seguridad y protección de su identidad como informantes valiosos de la investigación.

2.6.3. Observación participante

El investigador actuó con prudencia durante el proceso de acopio de los datos asumiendo su responsabilidad ética para todos los efectos y consecuencias que se derivarán de la interacción establecida con los sujetos participantes del estudio.

2.7. Criterio de Rigor Científico.

Conllevaron a los resultados de las variables observadas y estudiadas mediante el reporte de los resultados sean reconocidos como verdaderos por los participantes; permanentemente se ejecutó la observación de las variables en su propio escenario y; donde se procederá a detallar la discusión mediante el proceso de la triangulación.

2.7.1. Transferibilidad y aplicabilidad

La obtención de los resultados generó valiosa información para la generación del bienestar organizacional mediante la transferibilidad. Se detalló el procedimiento desde el contexto donde se ejecutó la investigación incluyendo quienes fueron los participantes en la investigación.

Con lo referido a la recogida de los datos se determinó mediante el muestreo teórico, ya que se codificó y analizó de forma inmediata la información proporcionada. Por último, se procedió a la recogida exhaustiva de datos mediante el acopio de información suficiente, relevante y apropiada mediante el cuestionario, la observación y la documentación.

2.7.2. Consistencia para la replicabilidad

Se obtuvo los resultados a partir de la investigación cuantitativa. Para determinar la consistencia de la investigación se efectuó la triangulación de la información (datos, investigadores y teorías) permitiendo el fortalecimiento del reporte de la discusión. El cuestionario que se empleó para el recojo de la información fue certificado por evaluadores externos para autenticar la pertinencia y relevancia del estudio por ser datos de fuentes primarias.

Se detalló la coherencia del proceso de la recogida de los datos con su respectivo análisis e interpretación de los mismos, mediante el uso de los enfoques de la ciencia (empírico, crítico y vivencial).

2.7.3. Confirmabilidad y neutralidad

Los resultados que se determinaron de la investigación tendrán veracidad en la descripción. La veracidad radicó en que los resultados serán contrastados con la literatura existente; con investigaciones de los contextos internacional, nacional y regional que tengan similitudes con las variables estudiadas con una antigüedad de cinco años.

2.7.4. Relevancia

Se investigó siempre con el propósito de alcanzar el logro de los objetivos planteados para la obtención de un mejor estudio de las variables y su amplia comprensión.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

CAPÍTULO III: RESULTADOS

El propósito de este proyecto es de definir la capacidad resolutive de las unidades y lograr con ello, oportunidad en la referencia, el personal médico y cada médico deberá conocer y consultar la lista de padecimientos por niveles de atención.

La atención médica se brindará teniendo en cuenta:

La complejidad de la patología del paciente.

Los recursos de la unidad que lo atiende.

En todos los casos se efectúa el registro de dichos pacientes mediante los documentos necesarios (expediente clínico, registro del sistema de referencia/contra referencia provenientes de otros Centros Asistenciales.

El sistema de referencia, contrareferencia, citas locales, interconsultas y procedimientos de pacientes requiere que se realice en forma ágil, Mediante Internet se permitirá visualizar cierta información relevante de los pacientes referidos con sus respectivas citas desde sitios establecidos por los otros Centros Asistenciales, además las citas locales subsecuentes y demanda espontánea que se presenta a la institución, toda esta información del paciente es un complemento del expediente clínico electrónico del paciente, cabe indicar que el que 22 de mayo del 2014 se creó la ley 30024 que crea el registro nacional de historias clínicas y que aún está en un proceso de implementación por parte del Ministerio de Salud, esto realmente es un paso muy importante en la mejora de la calidad de atención al paciente porque los profesionales de salud autorizados tendrían facilidad que visualizar su historia clínica desde cualquier parte geográfica obviamente utilizando el acceso a internet, esto contaría con la autorización debida del paciente o su representante legal.

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS ACTUALES DEL ASEGURADO.

Bienvenida del Asegurado

- El personal de atención debe tener ordenado y organizado su lugar de trabajo.
- Establecer contacto visual con el asegurado, sonreír.

- Saludar deferentemente, presentándose indicando su nombre y demostrando interés por la otra persona.
- Solicitar al asegurado que se identifique, desde este momento diríjase al asegurado por su nombre, si se encuentra ocupado y no puede atender inmediatamente, exprese las disculpas pertinentes y manifieste el tiempo de espera.
- Consultar al asegurado el motivo de su presencia.
- Poner atención a lo que éste expresa, escuche sin interrumpir para que el asegurado perciba que está siendo considerado. Adquiera una actitud corporal acorde, sin distraerse en otros asuntos. Mantenga una postura erguida, no contestar teléfonos celulares para no perder el contacto con el paciente.
- Cuidar la expresión del rostro. Evitar manifestaciones, gestuales y verbales, negativas. Aun cuando le resulte complejo lo que el asegurado solicita, evidencie su disposición a apoyarlo e intentar resolver sus dudas o problemas.
- Con el propósito de corroborar lo que ha expresado el asegurado, repítale lo esencial de su mensaje. De esa forma tendrá total certeza de cómo ayudarlo.
- Señale las alternativas de solución y oriente al asegurado en el procedimiento a seguir.
- Brinde el espacio para que el asegurado formule dudas e inquietudes.
- Ser preciso en sus respuestas y, de ser necesario, elabore preguntas específicas que le permitan obtener información concreta, aclarando así aspectos confusos.

Aspectos a Considerar en la Atención

- Cuidar su imagen personal, ofrezca una apariencia armónica y grata.
- Mantenga una actitud de servicio.
- Comprometerse a entregar un buen servicio.
- Si el asegurado se molesta, no lo tome como un asunto personal, la función de atender al paciente es responder a los requerimientos de éste y facilitarle los procesos.

- Se evita, bajo cualquier condición, entrar en discusión con el asegurado, concentrarse en el problema mismo y la solución de éste.
- No poner en duda la palabra del asegurado.
- Comportarse de forma diligente y eficiente, de esta forma evitará aglomeraciones.
- El personal en el trabajo, no debe dejarse influir por sus problemas personales o estado de ánimo.
- Evitar aquellas manifestaciones negativas o de desaprobación, verbales y corporales.
- Asegúrese que el asegurado ha comprendido sus explicaciones.
- Procurar una correcta modulación y entonación de voz. Hablar amistosamente.
- No precipitarse en sus respuestas, evite la impulsividad.
- Diríjase al asegurado por su nombre y trátelo de “Usted”.
- Evitar transmitir impaciencia y ansiedad, por el contrario el personal debe mostrarse seguro y confiado.
- En caso de no poder dar solución a las inquietudes del asegurado, remítalo a la Oficina de Atención al Asegurado (OAS).

Subproceso: Referencia

Personal Involucrado

- Médico Tratante del Centro Asistencial de Origen.
- Encargado de Acreditación o Admisión de los Centro Asistenciales de Origen y Destino.
- Operador o Técnico Administrativo de las Unidades o Áreas de Referencia y Contrarreferencia de los Centros Asistenciales de Origen y Destino.
- Jefe de la Unidad de Referencia y Contrarreferencia o su equivalente de los Centros Asistenciales de Origen y Destino.
- Director del Centro Asistencial de Origen.

Requerimientos Críticos:

- DNI y Seguro vigente del Asegurado al momento de gestionar su referencia.

- Formato de Contrarreferencia

Pasos en la Atención:

- El médico tratante del Centro Asistencial de Origen evalúa el cuadro clínico y si requiere atención, exámenes de ayuda al diagnóstico o tratamiento que no puede ser brindada en el Centro Asistencial de Origen solicitará la referencia del Paciente utilizando el Formato de Referencia, en donde quedan consignados los datos completos del paciente con letra imprenta. No se debe incorporar el dato correspondiente al Centro Asistencial de Destino.
- El Paciente deberá trasladar el Formato de Referencia emitido a la Unidad de Referencia.
- Responder inquietudes que presente el paciente.
- Informar al paciente respecto a los requerimientos para gestionar su referencia.
- El Operador o Técnico Administrativo de la Unidad o Área de Referencia y Contrarreferencia del Centro Asistencial de Origen debe verificar la conformidad del llenado del Formato de Referencia su Acreditación de Derecho y cobertura a través del software (WEB) e informar de los resultados al Jefe de la Unidad de Referencia y Contrarreferencia o su equivalente.
- En el caso de no contar con el Software (WEB) solicitará al paciente la Hoja de Filiación del SIS, la cual deberá ser recabada debidamente sellada y visada por la Oficina de Seguros del Centro Asistencial de Origen.
- Si acredita, el Encargado de Acreditación o admisión del Centro Asistencial de Origen (este paso puede ser modificado en caso que el CAS cuente con el software Web) debe imprimir la hoja de filiación del SIS consignando su visto bueno y sello correspondiente, adjuntando al formato de Referencia y se deberá enviarlo a la Unidad o Área de Referencia y contrarreferencia. En Caso de no acreditar, informar al paciente sobre las limitaciones de su atención y se remite el Formato de Referencia para su archivo en la Historia Clínica.

- En el caso de encontrar alguna omisión o error en el contenido del Formato de Referencia coordinar su devolución al médico que lo generó o al Jefe del Servicio correspondiente.
- El Jefe de Servicio Asistencial de origen debe evaluar y calificar la pertinencia de la referencia. Si es procedente, aprueba y visa el formato de Referencia. En caso contrario procede a devolverla al Médico tratante.
- El Operador o técnico administrativo de la Unidad de Referencia del Centro Asistencial de origen completa el nombre del Centro Asistencial de origen, debe registrar, ingresar datos y remitir el formato de referencia a través del software de Referencia y Contrarreferencia u otra vía de comunicación dentro de las 24 horas de recibido.
- El Jefe de Servicio Asistencial de Destino debe evaluar la pertinencia de la referencia recibida, registrando en el software si es aceptada u observada.
- El envío de la cita u observación debe obtenerse en un plazo no mayor de 24 horas para la atención por consulta externa y de 72 horas para la realización de exámenes de ayuda al diagnóstico.
- El operador o técnico administrativo de la Unidad de Referencia y Contrarreferencia del centro Asistencial de destino genera la cita de la referencia aceptada, luego de lo cual enviará la misma a través del software de Referencia y Contrarreferencia. La cita consignará: (1) Centro Asistencial de Destino, (2) Nombre del Servicio, (3) Nombre del Médico, (4) Número de acto médico y (5) Número de consultorio, así como la (6) Hora y (7) Fecha para la atención del paciente.
- De corresponder el caso, el Jefe de la Unidad del Área de Referencia y Contrarreferencia o su equivalente del Centro Asistencial de Destino deberá registrar los datos y detalles de la referencia “observada” y comunica al Centro Asistencial de Origen a través del Software de Referencia y Contrarreferencia u otra vía de comunicación.
- El operador o técnico Administrativo de la Unidad de Referencia y Contrarreferencia del Centro Asistencial de Origen debe imprimir la cita de la referencia “aceptada” enviada a través del software de

Referencia y Contrarreferencia y entrega al paciente la cita otorgada, el formato de referencia original, la hoja de filiación y acreditación y otros documentos según corresponda comunicándole además de la importancia de asistir a su primera cita. En el caso de una referencia “observada” imprime la observación y entrega al Jefe del Servicio Asistencial que autorizó la referencia para las acciones correspondientes.

- Finalmente el paciente recibe la cita y debe acudir al consultorio o servicio en el centro Asistencial de Destino. Es responsabilidad del paciente acudir a su cita programada garantizando su presencia en fecha y hora de la cita.
- Solo cuando se deba a razones sustentadas y justificadas, el paciente no asista a la primera cita de atención deberá dirigirse a la Jefatura de la Unidad de Referencia del Centro Asistencial de Destino para gestionar una nueva cita

Subproceso: Referencia

Personal Involucrado

- Médico tratante.
- Jefe de Servicio del Centro Asistencial de Destino.
- Jefe de Unidad de Referencias y Contrarreferencias del Centro Asistencial de Destino.
- Técnico Administrativo de la Unidad del Centro Asistencial de Destino.
- Técnico Administrativo de la Unidad del Centro Asistencial de Origen.

Requerimientos Críticos:

- DNI, Hoja de Referencia a la especialidad y seguro vigente del Asegurado al momento de gestionar su contrarreferencia.
- Formato de Contrarreferencia Formato de Contrarreferencia.

Pasos en la Atención

- El Médico Tratante debe evaluar el estado de salud del paciente referido determinando la pertinencia o no para continuar su atención

médica especializada en el (los) servicio(s) del Centro Asistencial de Destino. Esta evaluación se basará en criterios clínicos de acuerdo a la especialidad médica y a la capacidad resolutive del Centro Asistencial de Destino y de Origen.

- Luego que el Médico Tratante considere que el paciente está en condiciones de ser atendido en el Centro Asistencial de Origen, llena con letra legible el formato de la contrarreferencia con los datos completos del paciente, y lo envía a la Unidad de Referencia y Contrarreferencia del CAS de destino.
- El Jefe de Servicio del Centro Asistencial de Destino deberá Evaluar el contenido del Formato de Contrarreferencia.
- En el caso que sea conforme indicará su envío al Centro Asistencial de Origen.
- En caso de no ser conforme, deberá realizar la coordinación con el médico tratante o Jefe de Servicio para que adopte las medidas correctivas pertinentes.
- El Técnico Administrativo de la Unidad del Centro Asistencial de Destino deberá remitir el Formato de Contrarreferencia a través del Software de Referencia y Contrarreferencia u otro medio de comunicación con que cuente el Centro Asistencial de Origen.
- Finalmente el Técnico Administrativo de la Unidad del Centro Asistencial de Origen debe imprimir el Formato de la Contrarreferencia enviada a y remitirla al Área de admisión y archivos de Historias Clínicas o su equivalente del Centro Asistencial de Origen para proceder a su inclusión en la Historia Clínica del Paciente Referido.

Subproceso: Contrarreferencia Administrativa

Personal Involucrado

- Jefe de la Unidad de Referencia y Contrarreferencia o a equivalente del centro asistencial.

Requerimientos Críticos

- DNI, Hoja de Referencia a la especialidad y seguro vigente del Asegurado SIS al momento de gestionar su contrarreferencia.
- Formato de Contrarreferencia.

Pasos en la Atención

- El Operador o Técnico Administrativo de la Unidad de Referencias y Contrarreferencias del CAS de destino realiza la contrarreferencia administrativa a través del software de Referencias y Contrarreferencias a los pacientes referidos que desertaron de la atención, abandonaron el tratamiento a los 90 días o más y de los casos de pacientes fallecidos.
- El Jefe de la Unidad de Referencias y Contrarreferencias remite al CAS de origen el formato de contrarreferencia a través del software de Referencias y Contrarreferencias u otro modo de comunicación disponible en el CAS de origen y de Destino.
- El Operador o Técnico Administrativo de la Unidad de Referencias y Contrarreferencias del Centro asistencial de origen imprime el formato de Contrarreferencias y remite al área de archivo de Historias Clínicas del Centro Asistencial de origen para proceder a su inclusión en la historia clínica del paciente referido.

Subproceso: Contrarreferencia con tratamiento farmacológico a largo plazo

Personal Involucrado

- Médico Tratante y Jefe de Servicio del Centro Asistencial de Destino.
- Jefe de la Unidad de Referencia y Contrarreferencias o su equivalencia del Centro Asistencial de Origen y de Destino.
- Operador o Técnico Administrativo de la Unidad o Área de Referencias y Contrarreferencia del Centro Asistencial de Origen y de Destino.
- Director del Centro Asistencial de Origen.
- Jefe de Farmacia o su equivalencia del Centro Asistencial de Origen.

Requerimientos Críticos

- Documento Nacional de Identificación (DNI).
- Formato de Contrarreferencia.
- Hoja de Referencia a la Especialidad.

Pasos en la Atención

- El Médico tratante y Jefe de Servicio del Centro Asistencial de Destino entrega a los pacientes contrarreferencia con tratamiento farmacológico a Largo Plazo (mayor a 90 días). Las indicaciones terapéuticas y las recetas de los medicamentos para noventa (90 días), debe registrar en el Formato de Contrarreferencia la medicación del paciente , por duplicado con letra legible , donde se consigue: (1) Nombre de Fármaco , (2) Dosis , (3) Presentación, (4) Tiempo de Administración en meses y (5) Controles Analíticos y Clínicos necesarios.
- Posteriormente entrega el Formato Original al paciente indicándole que debe acercarse a su Centro Asistencial de Origen al área de farmacia para comunicar oportunamente concerniente a su tratamiento farmacológico a largo plazo, y debe remitir la copia a la Unidad o área de Referencia y Contrarreferencia del Centro Asistencial de Destino.
- El Jefe de la Unidad de Referencias y Contrarreferencias o su equivalente del Centro Asistencial de Origen debe evaluar el contenido del Formato de Contrarreferencia. Si es conforme debe indicar su envío al Centro Asistencial de Origen. En Caso Contrario, debe realizar la coordinación con el médico tratante o Jefe de Servicio para que adopte las medidas correctivas pertinentes.
- El Operador o Técnico Administrativo de la Unidad o Área de Referencia y Contrarreferencia del Centro Asistencial de Destino debe remitir el Formato de Contrarreferencia a través del Software de referencia y contrarreferencia u otro medio de comunicación con que cuente el Centro Asistencial de Origen y Destino.
- El Operador o Técnico Administrativo de la Unidad de Referencias y Contrarreferencias del Centro Asistencial de Origen imprime e

identifica el formato de la contrarreferencia de pacientes con tratamiento farmacológico a largo plazo e informa inmediatamente al Jefe de la Unidad de Origen (CAS III, IV, Hospitales Nacionales) o al Jefe de Servicio (CAS Primer nivel de atención, I y II).

- El Jefe de la Unidad de Referencias y Contrarreferencias o su equivalencia o Jefe de Servicio (Hospital I, II, CAS de Primer Nivel de Atención) informa al Director del Centro Asistencial respecto a las contrarreferencias de pacientes con tratamiento farmacológico a largo plazo y comunica al Jefe de farmacia o su equivalencia a fin de que se tomen las provisiones para el abastecimiento de estos fármacos o material médico en el plazo prescrito de noventa (90 días).
- El Director del Centro de Referencia y Contrarreferencia o su equivalente del centro asistencial de Origen debe gestionar el proceso de Evaluación y aprobación de Requerimientos de Fármacos y material médico indicado en el formato de contrarreferencia de los pacientes con tratamientos farmacológicos a largo plazo.
- Posteriormente debe elevar al Gerente / Director Médico de la Red Asistencial de Origen la solicitud de Requerimiento de fármacos y material médico aprobado a fin de proseguir con oportunidad los procesos administrativos correspondientes por el Área de logística de la Red Asistencial.
- El Jefe de Farmacia del Centro Asistencial de Origen debe realizar el seguimiento de los procesos administrativos en la red Asistencial correspondientes a la provisión de fármacos y material médico que fueron solicitados para continuar con la indicación terapéutica de pacientes contrarreferidos con tratamiento farmacológico a largo plazo y debe a su vez, Identificar situaciones problemáticas presentadas en este proceso e informar al Director del Centro Asistencial, para su atención correspondiente.
- Finalmente se entregan los medicamentos al paciente en la Farmacia del Centro Asistencial de Origen para la continuación de su tratamiento indicado.

Despedida del Asegurado:

- Asegúrase que el asegurado ha quedado conforme con el servicio prestado.
- Consultar las inquietudes finales al asegurado.
- Agradecer la disposición del asegurado por los procedimientos seguidos y tiempo utilizado.
- Expresar un mensaje de despedida cordial y explicita su disposición para brindar ayuda en futuras oportunidades.

3.1. Presentación de resultados.

En esta parte se presentara los resultados de las encuestas realizadas a una población asegurada de 100 personas de diferentes edades que acudieron para ser atendidos en el hospital para la recolección de los datos se tomaron solo 20 minutos para realizar la encuesta por cada paciente, si fue necesario continuar se hizo previo consentimiento de la persona.

Las preguntas realizadas fueron de acuerdo a los criterios con satisfacción de atención, oportunidad de cita, percepción de la institución, opinión del personal asistencial y administrativo.

Asimismo incluyendo su participación voluntaria en el estudio este principio fue respetado en su totalidad, se les informo a las personas antes de realizar la encuesta, se pidió su participación de forma voluntaria, además se consideró este criterio durante la selección de las personas sin tener en cuenta el sexo, raza, condición económica.

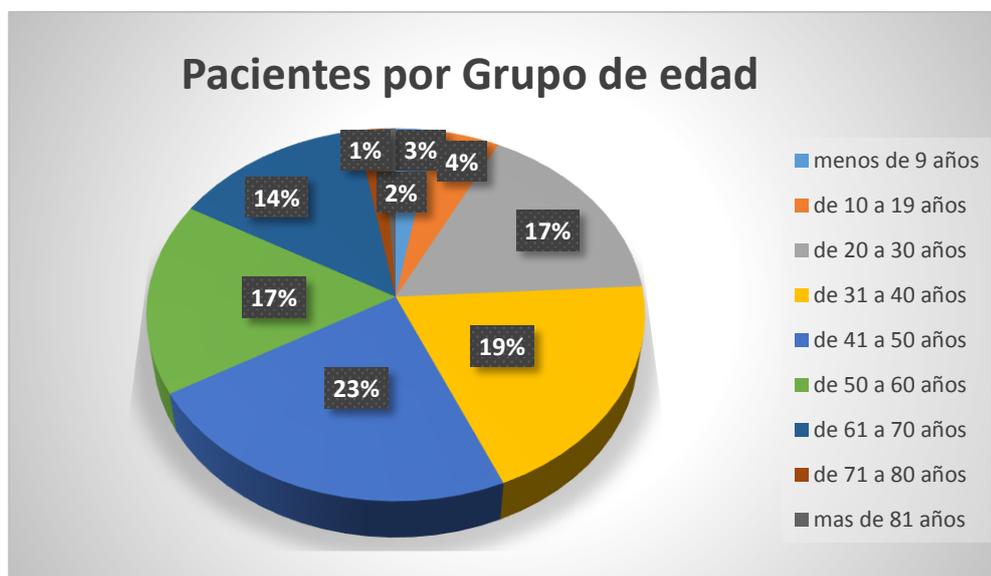
En la figura 6.1.1 se puede observar que los pacientes que acuden al hospital el 90% se encuentran entre 20 y 70 años y el 10% son menores de 20 años.

Tabla N° 6.1.1
Pacientes por Grupo de edad

	Frecuencia	Porcentaje
menos de 9 años	3	3,0
de 10 a 19 años	4	4,0
de 20 a 30 años	17	17,0
de 31 a 40 años	19	19,0
de 41 a 50 años	23	23,0
de 50 a 60 años	17	17,0
de 61 a 70 años	14	14,0
de 71 a 80 años	1	1,0
más de 80 años	2	2,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura N° 6.1.1



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.2 Se observa que 60% llego a este hospital por una referencia y es logico este es un hospital referencial pero se observa que el 18% se acerco al modulo para informarse de las especialidades y solicitar una referencia de su centro de origen para otra especialidad.

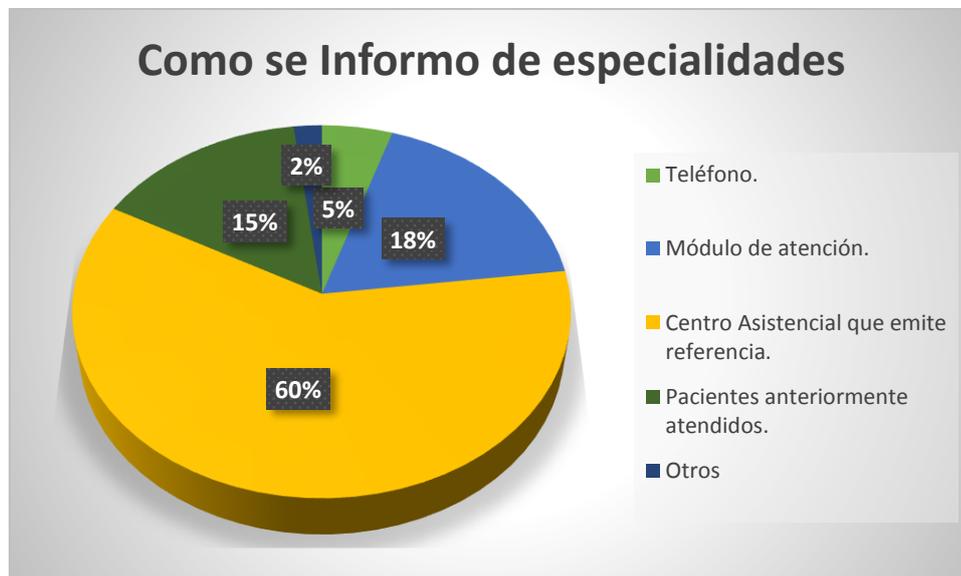
Tabla N° 6.1.2

Como se Informó de especialidades

	Frecuencia	Porcentaje
Teléfono	5	5,0
Módulo de atención	18	18,0
Centro Asistencial que emite referencia	60	60,0
Pacientes anteriores atendidos	15	15,0
Otros	2	2,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura N° 6.1.2



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.3 se observa que el 55% y 28% de los pacientes recibio su cita por telefono lo que constituye una gran ventaja pero una desventaja es si el paciente no se encuentra en su domicilio.

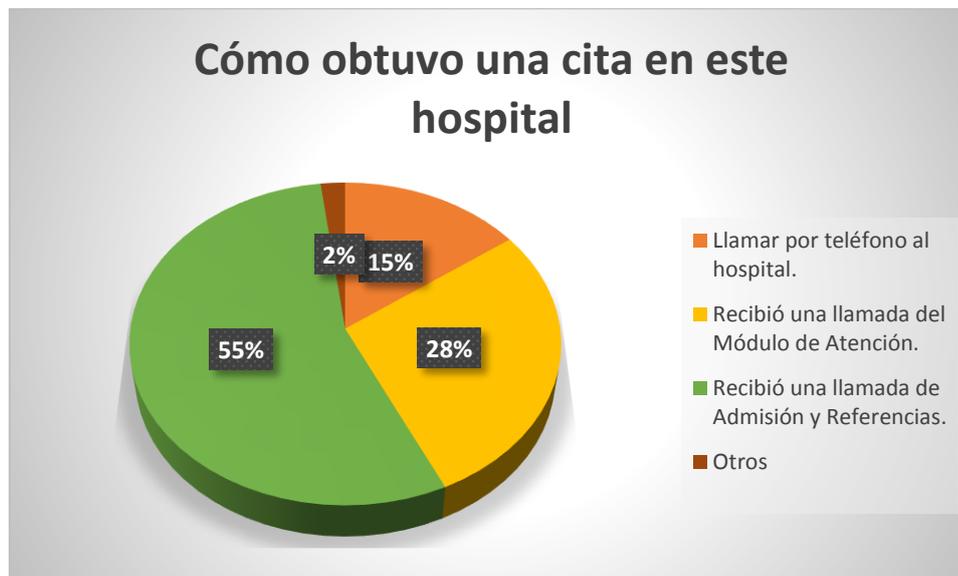
Tabla N° 6.1.3

Cómo obtuvo una cita en este hospital

	Frecuencia	Porcentaje
Llamadas por Teléfono al Hospital	15	15,0
Recibió una llamada del módulo de Atención	28	28,0
Recibió una llamada de Admisión y Referencias	55	55,0
Otros	2	2,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.3



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.4 se observa que el 60% de los pacientes tienen que acercarse al hospital hay que tener en cuenta que muchos vienen de lugares muy lejanos a averiguar si consiguieron su cita este es un punto donde tiene una propuesta de solución.

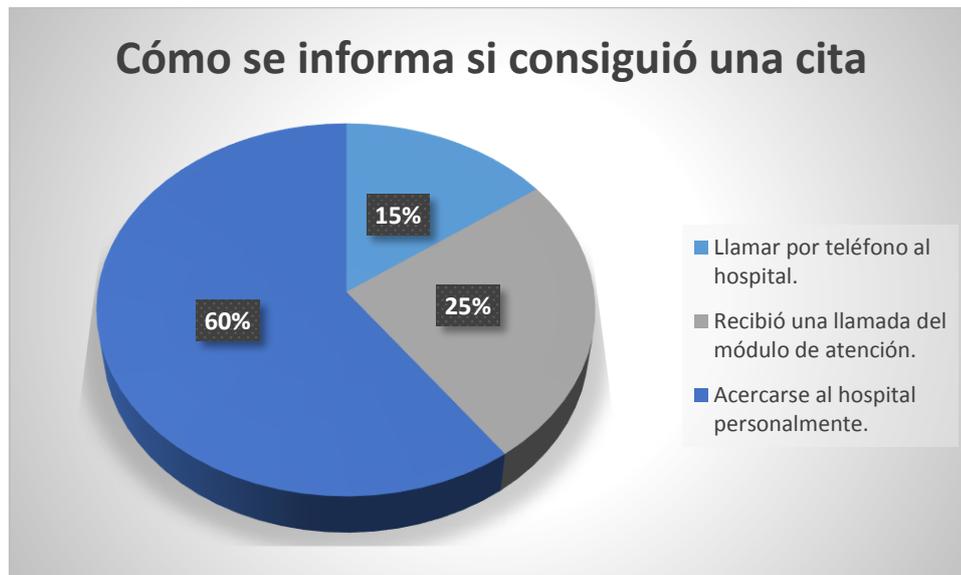
Tabla N° 6.1.4

Cómo se informa si consiguió una cita

	Frecuencia	Porcentaje
Llamar por teléfono al hospital	15	15,0
Recibió una llamada del módulo de atención	25	25,0
Acercarse al hospital personalmente	60	60,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.4



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.5 se observa que el 48% de los pacientes se acerca personalmente al hospital a solicitar sus análisis clínicos lo que infiere que en muchos casos no son atendidos cuando llaman por teléfono.

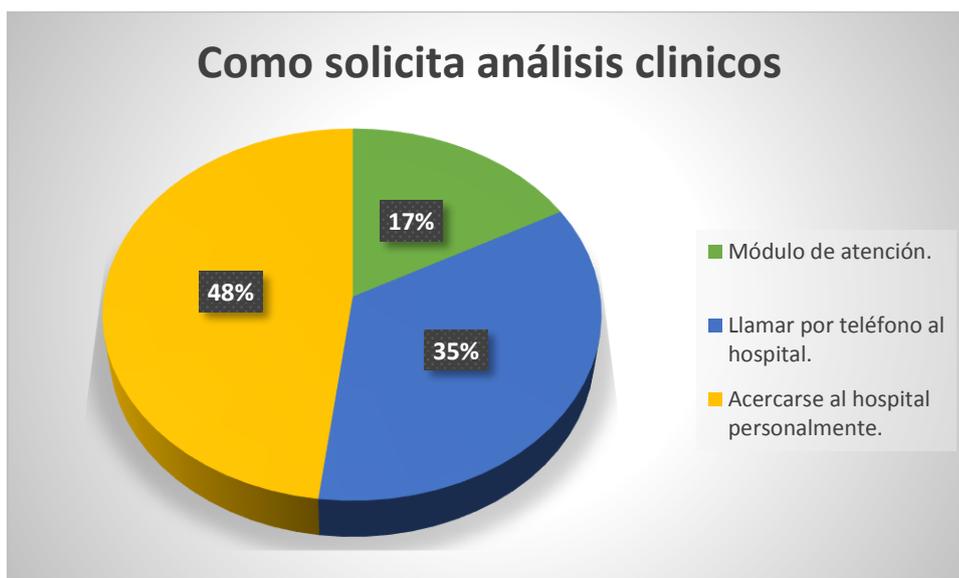
Tabla N° 6.1.5

Como solicita análisis clínicos

	Frecuencia	Porcentaje
Módulo de atención	17	17,0
Llamar por teléfono al hospital	35	35,0
Acercarse al hospital personalmente	48	48,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.5



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.6 se observa que el 49% de los pacientes se acerca personalmente al hospital a solicitar sus análisis clínicos.

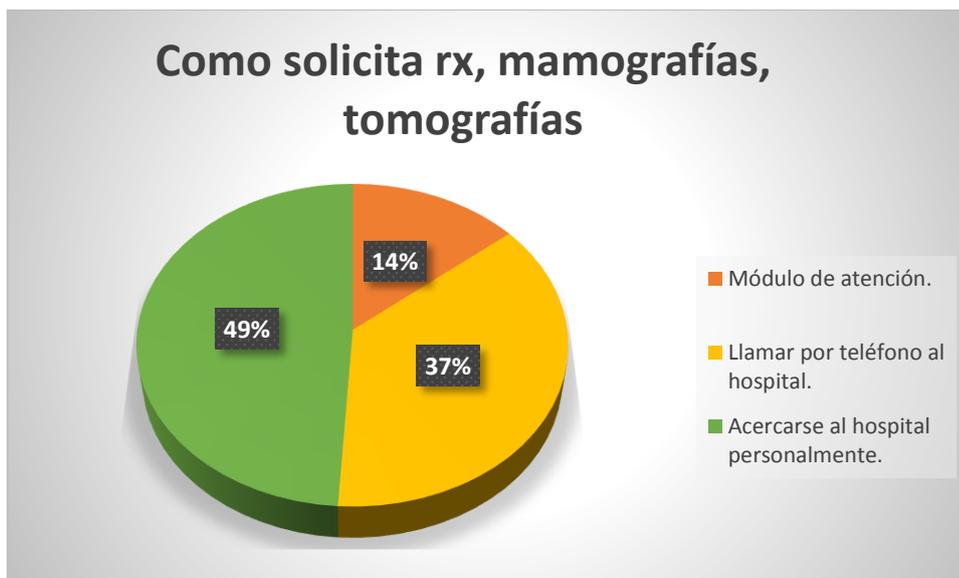
Tabla N° 6.1.6

Como solicita RX, mamografías, tomografías

	Frecuencia	Porcentaje
Módulo de atención	14	14,0
Llamar por teléfono al hospital	37	37,0
Acercarse al hospital personalmente	49	49,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.6



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.7 se observa que cuando el paciente fue recitado para la misma especialidad el 49% se acercó para preguntar si habían citas y un 27% espera que lo llamen del hospital y el 24% se infiere que llamo al hospital porque no se comunicaban con el paciente.

Tabla N° 6.1.7

Para conseguir una recita como lo realizo

	Frecuencia	Porcentaje
Llamo por teléfono al hospital	24	24,0
Se acercó personalmente a los módulos de atención	49	48,0
Espero la llamada de los módulos de atención	27	27,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.7



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.8 se aprecia que un 87% se acerca personalmente a preguntar si llegó su medicamento esto infiere que cuando el paciente llama por teléfono no le dan una respuesta a su solicitud y un 13% si pudo comunicarse con el servicio de farmacia.

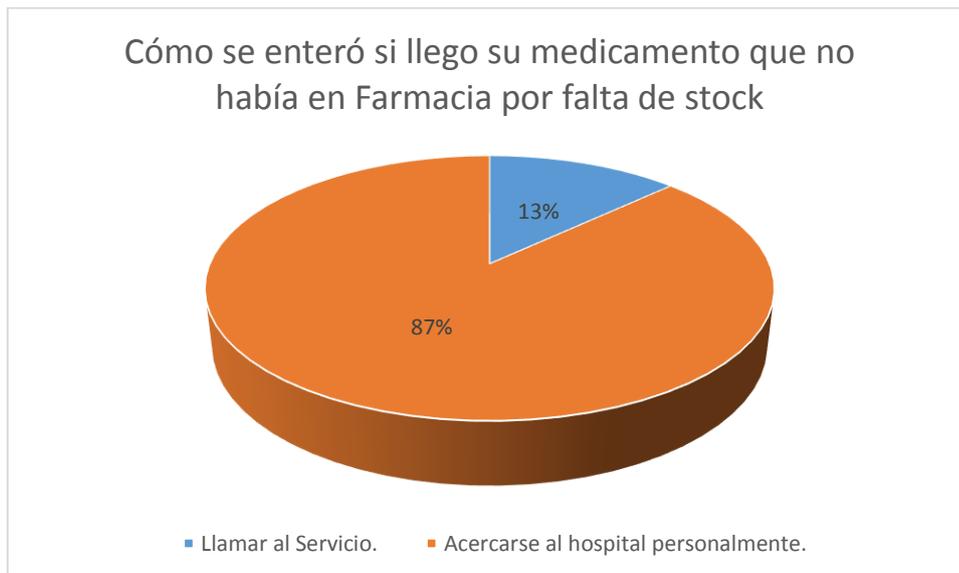
Tabla 6.1.8

Cómo se enteró si llegó su medicamento que no había en Farmacia por falta de Stock

	Frecuencia	Porcentaje
Llamar al Servicio	13	13,0
Acercarse al hospital personalmente	87	87,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.8



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.9 se aprecia una diversidad de especialidades que tienen bastante demanda como Medicina interna 12%, 11% Cirugía y Neurología, 10% oftalmología y endocrinología, 8% Cardiología, 7% Anestesiología, 6% Otorrinolaringología 5% Odontología, Gastroenterología y Traumatología, 4% Ginecología y Medicina Física, 2% Psicología.

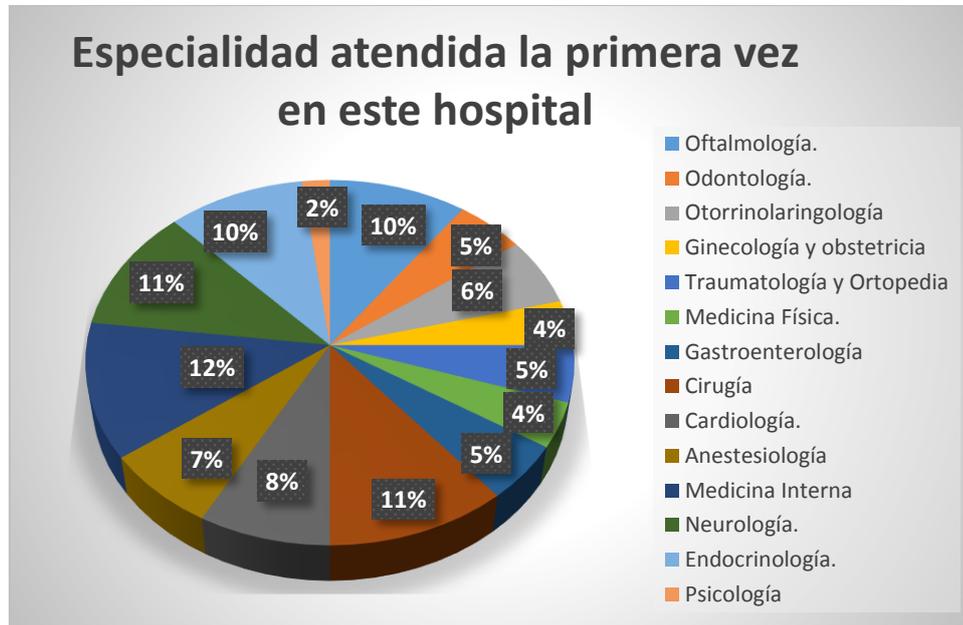
Tabla N° 6.1.9

Especialidad atendida la primera vez en este Hospital

	Frecuencia	Porcentaje
Oftalmología	10	10,0
Odontología	5	5,0
Otorrinolaringología	6	6,0
Ginecología y obstetricia	4	4,0
Traumatología y Ortopedia	5	5,0
Medicina Física	4	4,0
Gastroenterología	5	5,0
Cirugía	11	11,0
Cardiología	8	8,0
Anestesiología	7	7,0
Medicina Interna	12	12,0
Neurología	11	11,0
Endocrinología	10	10,0
Psicología	2	2,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.9



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.10 se aprecia que un 55% recomendaría y además traería a sus hijos y familiares para que sean atendidos por este hospital ya sea por consulta externa o para ser hospitalizado u operado.

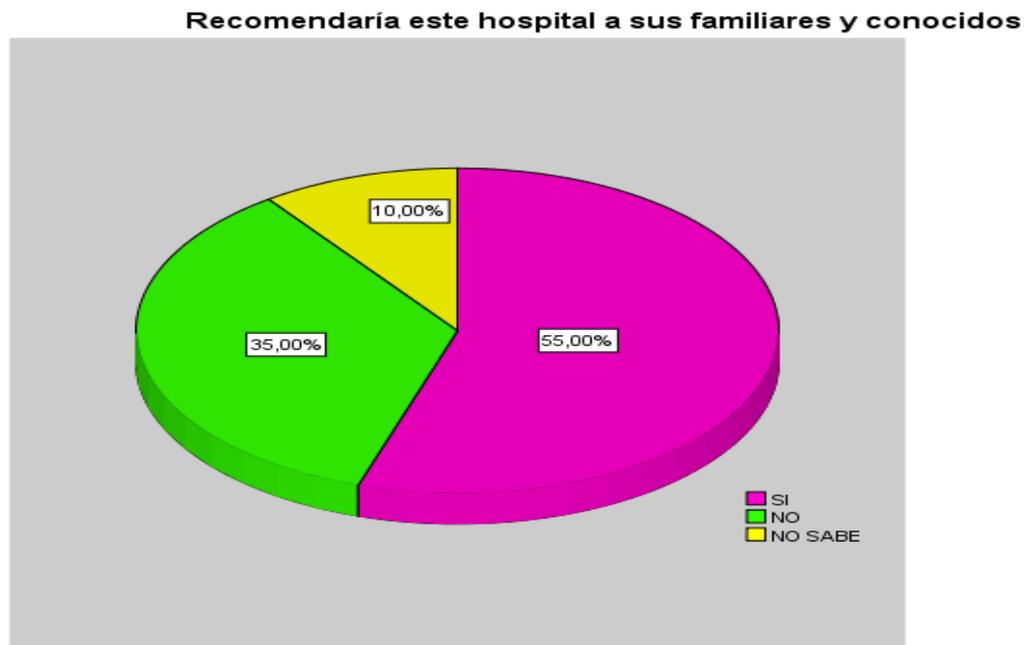
Tabla N° 6.1.10

Reomendaría este hospital a sus familiares y conocidos

	Frecuencia	Porcentaje
SI	55	55,0
NO	35	35,0
NO SABE	10	10,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.10



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.11 se aprecia en conjunto un 59% de pacientes conformes con la atención médica sin embargo no hay que descuidar a ese 24% insatisfecho con la atención médica.

Tabla N° 6.1.11

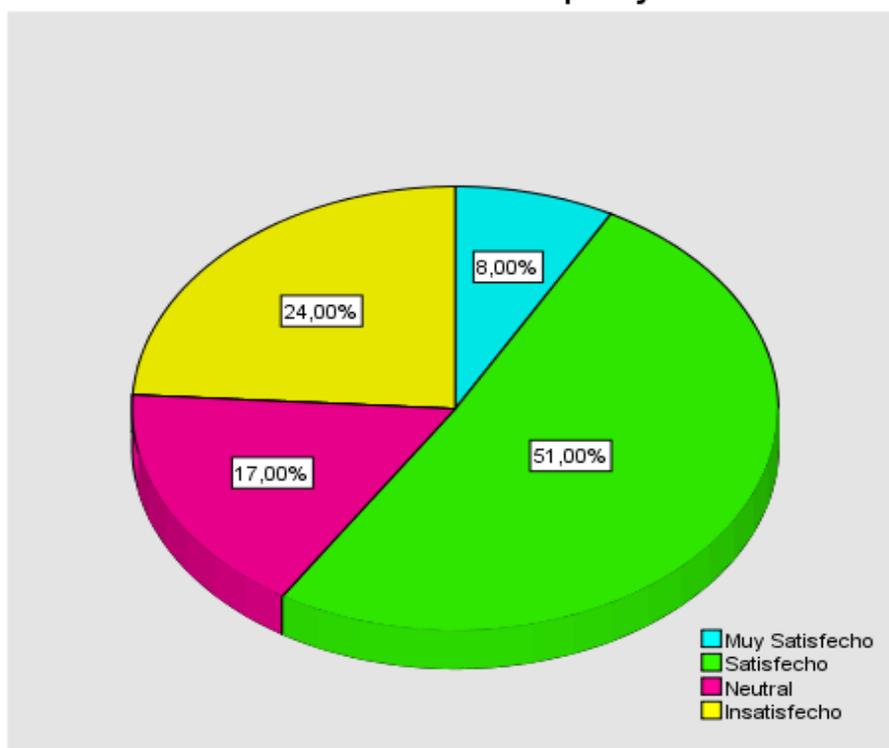
Nivel de satisfacción con el Hospital y la atención médica que recibió

	Frecuencia	Porcentaje
Muy Satisfecho	8	8,0
Satisfecho	51	51,0
Neutral	17	17,0
Insatisfecho	24	24,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.11

Nivel de satisfacción con el Hospital y la atención médica que recibió



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.12 definitivamente un 96% califica de buenas las instalaciones hay que tener en cuenta que este hospital tiene 5 años de funcionamiento.

Tabla N° 6.1.12

Cómo calificaría las instalaciones de este hospital

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	85	85,0
Regular	11	11,0
Malo	4	4,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.12



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.13 el 84% manifesto haber sido atendido cordialmente se tendria que ver el porque del 16% disconforme con la atencion del personal del modulo.

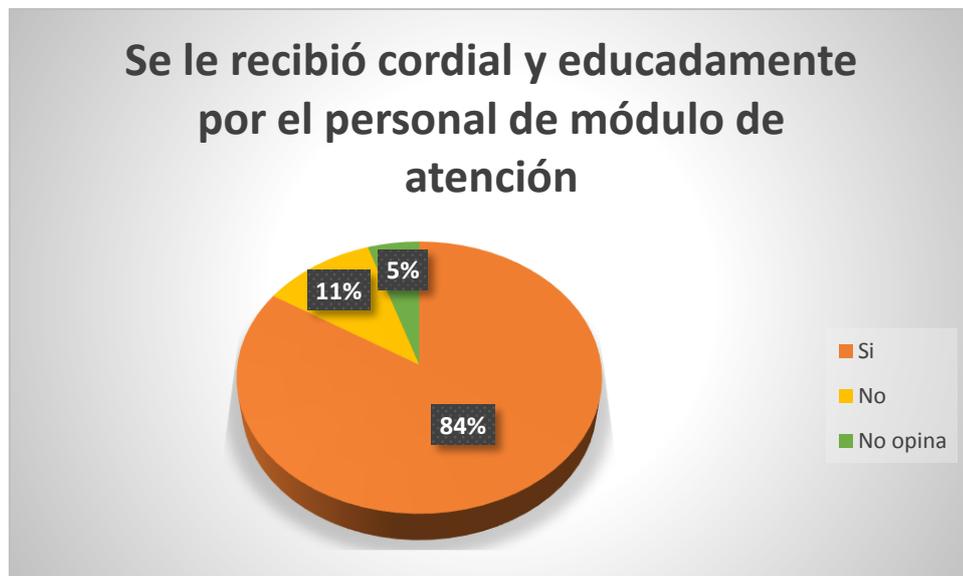
Tabla N° 6.1.13

Se le recibió cordial y educadamente por el personal de módulo de atención

	Frecuencia	Porcentaje
SI	84	84,0
NO	11	11,0
NO OPINA	5	5,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.13



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.14 se aprecia que el 98% de tramites son muy engorrosos y que muchas veces el paciente termina confundido con tanto papeleo.

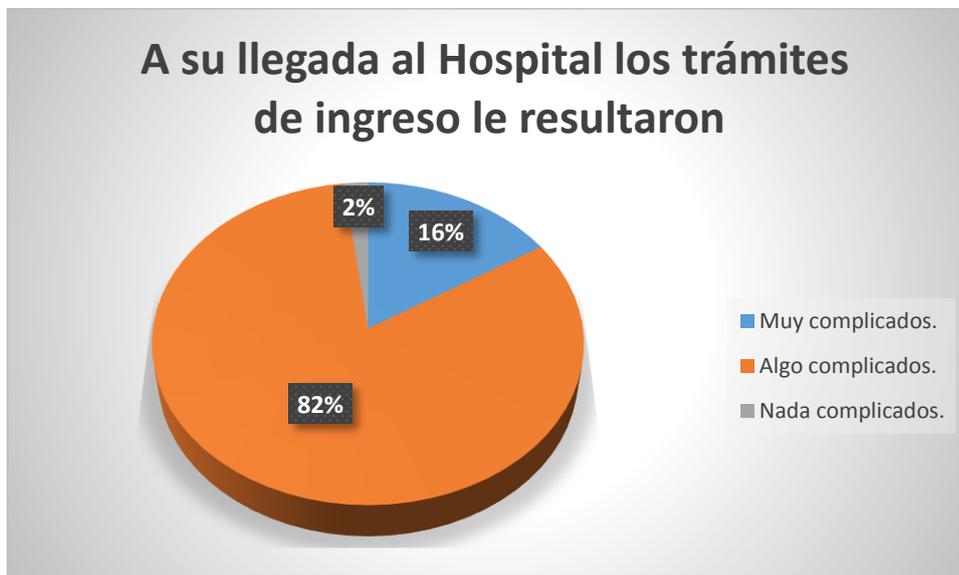
Tabla N° 6.1.14

A su llegada al Hospital los trámites de ingreso le resultaron

	Frecuencia	Porcentaje
Muy complicados	16	16,0
Algo complicados	82	82,0
Nada complicados	2	2,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.14



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.15 se observa que el 16% de los pacientes atendidos por el medico consideraron que no fueron escuchados completamente por el medico al darle a conocer su enfermedad y el 82% salio satisfecho, esto es un punto a corregir en futuras atenciones.

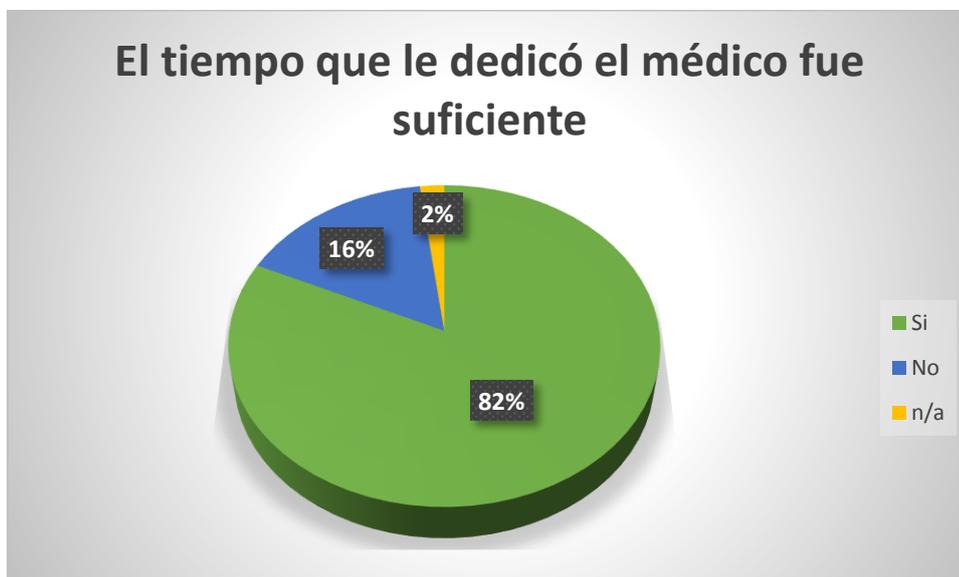
Tabla N° 6.1.15

El tiempo que le dedicó el médico fue suficiente

	Frecuencia	Porcentaje
SI	82	82,0
NO	16	16,0
N/A	2	2,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.15



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.16 se observa que solo el 12% vive cerca del hospital mientras que un 88% se desplaza desde zonas lejanas o muy lejanas para ir al hospital entonces es muy importante la calidad de atención.

Tabla N° 6.1.16

Podría indicar la cercanía de este hospital a su domicilio

	Frecuencia	Porcentaje
CERCA	12	12,0
LEJOS	62	62,0
MUY LEJOS	26	26,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.16



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.17 se observa una gran aceptación por parte de los pacientes de un 93% que volvería a este hospital lo que infiere que fue resuelta su enfermedad y fue atendido oportunamente.

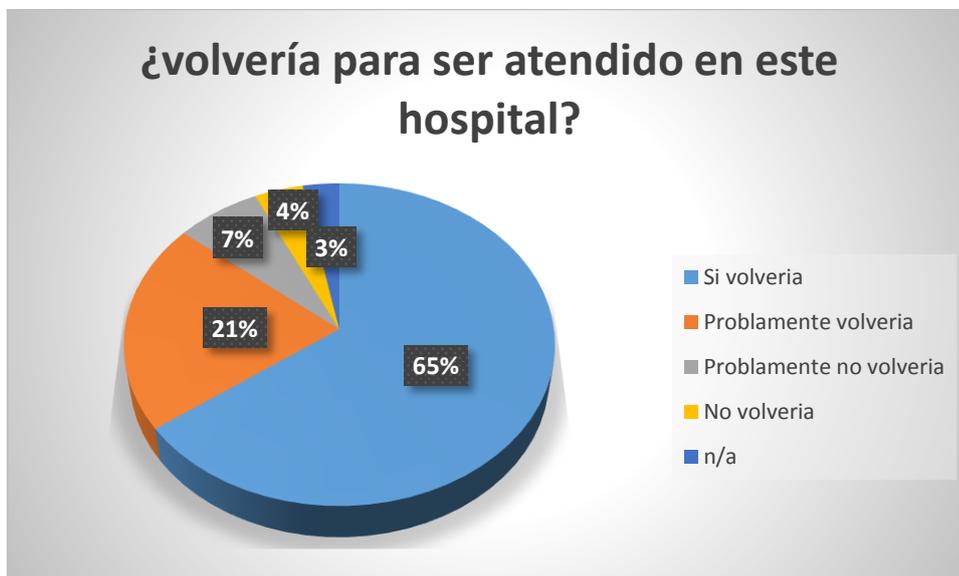
Tabla N° 6.1.17

¿Volvería para ser atendido en este hospital?

	Frecuencia	Porcentaje
Si volveria	65	65,0
Probablemente volveria	21	21,0
Probablemente no volveria	7	7,0
No volveria	4	4,0
N/A	3	3,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.17



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.18 se aprecia que el 88% de los pacientes manifestó estar satisfechos con el trato dado por las enfermeras no así un 12% que manifestó que no lo trataron bien.

Tabla N° 6.1.18

Cuál es su nivel de satisfacción con el personal de enfermería

	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfecho	25	25,0
Satisfecho	55	55,0
Neutral	8	8,0
Insatisfecho	12	12,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.18



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

En la Figura 6.1.19 se aprecia en conjunto que el 82% de los pacientes se encuentran en general satisfechos con la atención del personal administrativo esto infiere un actitud positiva y de respeto por parte del personal.

Tabla N° 6.1.19

Cuál es su nivel de satisfacción con el personal administrativo

	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfecho	15	15,0
Satisfecho	61	61,0
Neutral	6	6,0
Insatisfecho	18	18,0
Total	100	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Figura 6.1.19



Fuente: Encuesta aplicado a pacientes del Hospital Regional Lambayeque 2018.

3.2. Discusión de los resultados

Análisis Situacional FODA

El diagnóstico que se ha elaborado nos permitirá el establecimiento de los factores claves, que serán la base para la formulación de alternativas de acción. Estos factores claves, los podemos clasificar de la siguiente manera:

Fortalezas: actividades o situaciones que se hacen bien al interior de la entidad y la conducen al éxito.

Oportunidades: situaciones o variables externas que podrían llegar a beneficiar a la unidad de patología cervical en el futuro.

Debilidades: actividades o situaciones que limitan el desarrollo de la calidad.

Amenazas: situaciones o variables que podrían llegar a ser perjudiciales para el hospital.

Fortalezas

Personal altamente calificado.

Buena motivación al trabajo del equipo de salud.

Buen emplazamiento en una zona que se está poblando rápidamente.

Atención a cualquier paciente que peligre su vida Ley de emergencia.

Cálida y cordial atención al asegurado.

El paciente al ser dado de alta se demuestra que se ha cumplido con el objetivo de ser atendido y recuperado de su enfermedad.

Oportunidades

Dotación y renovación de equipos nuevos.

Integración de la comunidad a través del servicios social dirigidos a moradores de bajos recursos.

Debilidades

Escases de medicamentos y material médico para operaciones.

El Equipamiento y mobiliario se está deteriorando.

Diferimiento largo para sacar una cita.

Ausencia de esquema de flujo de atención al usuario.

Deterioro del sistema de aire acondicionado de los ambientes de consulta.

Amenazas

Personal asistencial casi el 95% son contratados por Contrato de administración de Servicios.

Buenos profesionales abandonan el hospital para laborar en otros Hospitales Privados que les ofrecen estabilidad laboral y económica.

Inestabilidad económica por cambios en la política de salud.

Insatisfacción laboral por régimen laboral CAS.

3.3. PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

3.3.1. Presentación

La presente propuesta de investigación busca mejorar la calidad de atención al paciente a través de estrategias de gestión tecnológicas en la Unidad de Referencia y Contrareferencia del Hospital Regional de Lambayeque, debido a que esta área es la encargada de organizar, dirigir y supervisar el desarrollo de las actividades de la Oficina de Historia Clínica, Refer Contrareferencia; asimismo la atención de citas de consulta externa, teléfono, hospitalización, gestión de la programación del personal médico. Radicando ahí la problemática debido a que no hay un buen **sistema de información**, siendo esto la carencia de un soporte informático sólido y de personal preparado para procesar y actualizar la información adecuadamente, existiendo falencias en la atención médica que brindan.

Dado que la calidad de información es clave para que un SRC pueda lograr su objetivo, por lo que se debe establecer un equipo de profesionales responsable de monitorear y supervisar los procesos de Referencia y Contrareferencia, con especial énfasis en la calidad de la información y el acatamiento a las normas y procedimientos. Ya que para una buena gestión tecnológica, no es solo contar con la tecnología de última generación, si no emplearlas adecuadamente de acuerdo a la necesidad del paciente y sobre todo contar con la información idónea del paciente para que pueda ser atendido.

El Hospital Regional de Lambayeque, en su Unidad de Referencia y contrareferencia se pudo advertir problemas con la calidad de información que devienen de un inadecuado manejo del sistema informático, ya que no cuentan con información actualizada del paciente y no hay un sistema de información sólido. Por lo que se plantea la siguiente propuesta de investigación.

3.3.2. Resumen

La gestión tecnológica hoy en día es una disciplina comparativamente nueva, por lo que surge la necesidad de controlar la variable tecnológica dentro de una empresa. La finalidad de la presente propuesta de investigación tiene por plantear estrategias de gestión tecnológicas orientada al sector salud, en el Hospital Regional de Lambayeque. Advirtiendo falencias en el sistema de información con la unidad encargada, Unidad de Referencias y Contrareferencias, los resultados mostraron que hay un descontento por parte de los pacientes con respecto al servicio que brinda, no siendo de calidad. Lo que evidenció la necesidad de diseñar estrategias de gestión tecnológicas que permitan optimizar los recursos de Referencia y Contrareferencia del hospital, siendo a corto, mediano y largo plazo.

3.3.3. Introducción

La presente propuesta de investigación titulada “**ESTRATEGIA DE GESTIÓN TECNOLÓGICA EN EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE ADMISIÓN, REGISTROS MÉDICOS, REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE 2016**”, aborda una gran problemática debido al aumento de las citas, así como de la población asegurada debido a que los hospitales no resiste el aumento sostenido de consultas que genera la falta de articulación entre niveles de salud, habiendo obstáculos organizativos, ecológicos, financieros y sobre todo de gestión tecnológica. En este contexto la presente propuesta de investigación ha analizado la importancia de la gestión tecnológica en el aseguramiento de la calidad de atención al paciente con el propósito de optimizar el área de admisión de Referencias y Contrareferencias, entre niveles de atención, debido a que actualmente generan obstáculos o barreras que se interponen entre la búsqueda de atención por parte del paciente y el logro de la misma.

Siendo esta propuesta necesaria para el Hospital Regional de Lambayeque porque busca mejorar la calidad de atención del paciente, es también para la población asegurada y la comunidad debido a que está orientada al mejoramiento continuo de los procesos en la búsqueda de calidad, generando

así, incremento de la satisfacción del paciente.

3.3.4. Problema

El problema en la actualidad se presenta en el área de Referencia y Contrareferencia del Hospital Regional de Lambayeque con respecto a la atención informativa del asegurado, lo que hace necesario la debida evaluación de la situación actual de los procesos de atención y servicios a los asegurados por el SIS el cual se refleja en la satisfacción del paciente. Por lo que: ¿De qué manera un diseño de Gestión Tecnológica asegura la calidad de atención del paciente en la unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias del Hospital Regional de Lambayeque?

3.3.5. Justificación

Es necesaria debido a que si se optimiza y mejora el área de Unidad de Referencias y Contrarreferencia del Hospital Regional de Lambayeque, producirá un impacto positivo sobre la población asegurada y la comunidad, orientando el mejoramiento continuo de los procesos en la búsqueda de la calidad, generando así, el incremento de la satisfacción y mejor trato humano del asegurado.

3.3.6. Objetivos

Diseñar estrategias de gestión tecnológica en el aseguramiento de la calidad de atención al paciente en la unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias del Hospital Regional Lambayeque.

3.3.7. Base legal

- Ley N° 26790, Ley de Modernización del MINSAL en Salud, y su Reglamento aprobado por el D. S. N° 009-97-SA; y normas modificatorias, aprobadas por D. S. N° 001-98-S.A. Y Decreto de Urgencia N° 008-2000.
- Resolución de Gerencia General No 478 PE--MINSAL-2007 de fecha 14 de Septiembre del 2007, que aprueba el reglamento de Organización y Funciones del Hospital II del Seguro Social.
- Resolución de Gerencia General N° 433-GG-MINSAL-2006, que aprueba la

Clasificación de los Centros Asistenciales de MINSA.

- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 734-PE-MINSA-2006, que aprueba las funciones de la Unidad Orgánica de Dirección de las Redes Asistenciales Tipo A, B, C y Microrredes Asistenciales.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 824-PE-MINSA-2004, de fecha 27 de Septiembre del 2004, que aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Red Asistencial Lambayeque, y su modificatoria con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 734-PE-MINSA-2006 de fecha 07 de Noviembre del 2006.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 012-PE-MINSA-2007, que aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (MINSA)
- Resolución de Gerencia General N° 382-GG-MINSA-2007, que aprueba la Norma Técnica “Definición, Características y Funciones de los Centros Asistenciales del Primer Nivel de Atención de MINSA.
- Resolución de Gerencia General N° 549-GG-MINSA-2007, que establece los Niveles de Atención de los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud – MINSA
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 391-PE-MINSA-2006, que dispone los “Lineamientos de Política y Plan de Actividades de Mejora de la Calidad de las Prestaciones del Seguro Social de Salud (MINSA).
- Resolución de Gerencia General N° 1455-GG-MINSA-2,007, que aprobó la Directiva N° 014-GG-MINSA-2,007, “Norma Marco para la Formulación, Aprobación y Actualización de Documentos Técnicos, Normativos y de Gestión en MINSA.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 211-PE-MINSA-2008, que aprueba el Ordenamiento Territorial de MINSA y los conceptos de referencia.

3.3.8. Desarrollo de la propuesta

La investigación se desarrolla en el área de Admisión de Referencia, Contrarreferencias y Registros Médicos, cuyo fin es mantener la calidad de la atención al paciente identificando los puntos críticos que podrían influir, garantizando la calidad, continuidad y seguimiento de los servicios;

controlar los costos y el uso de recursos escasos; así como asegurar la satisfacción tanto de los pacientes. El propósito del Área de Referencia es gestionar la demanda por los distintos servicios de salud de tal manera que los diferentes problemas de salud se resuelvan de acuerdo a su grado de complejidad en los distintos niveles de la red asistencial. Es importante señalar que la demanda de servicios de salud se puede clasificar en demanda espontánea, es decir el usuario se dirige a cierto establecimiento por su propia iniciativa, y demanda inducida, que se origina por la derivación o referencia de un asegurado. En ambos casos, el Área de Referencia ayuda a asegurar que el paciente sea atendido de acuerdo a su necesidad. De esta manera esta Área se constituye en una herramienta de gestión importante que busca que se respeten y cumplan efectivamente los principios de eficiencia productiva y económica al igual que los principios de equidad vertical y horizontal en el acceso a los servicios de salud.

El corazón de un Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) es, sin duda, el *sistema de información* y para ello es indispensable contar con un soporte informático sólido junto con un equipo de personas bien entrenadas para procesar y actualizar la información adecuadamente. Los sistemas de información sirven para recolectar, guardar y actualizar los datos relacionados con el tratamiento de los pacientes, permitiendo identificar, monitorear y citar pacientes con necesidades específicas de tratamiento. Además proveen información sobre los resultados de los tratamientos y han mostrado en la práctica una mejora en la calidad de los servicios.

Un sistema de información debe permitir hacer el seguimiento al caso referido o contrarreferido según necesidad de cualquier trabajador del sistema de salud, incluyendo el acceso a su historia clínica, los exámenes, diagnósticos, tratamientos ordenados, etc.

De esta forma se puede hacer frente a duplicaciones innecesarias de tratamientos; a las quejas del personal del primer nivel que no reciben noticia acerca de cuál respuesta les fue dada al paciente referido; e interrupciones del tratamiento debido a los turnos o cambios del personal. Además si se acepta que el seguimiento de los casos es un aspecto

importante para el tratamiento integral de los pacientes, los trabajadores de salud del primer nivel deben ser capaces de conocer la continuación del tratamiento de sus pacientes en otros niveles.

Además debe establecerse un sistema de información dirigido a los usuarios para que éstos puedan informarse sobre el sistema de salud, conocer los servicios disponibles, sus tarifas, formularios, etc. Esta información podría proveerse a través de Internet, panfletos y otros medios y tendría el efecto de reducir considerablemente la asimetría de información entre funcionarios y pacientes respecto de procedimientos, costos, derechos, etc.

Un sistema de información integrado también ayudaría a hacer el sistema de salud y a sus funcionarios y proveedores, más responsables hacia las autoridades del gobierno al igual que hacia la comunidad.

Dado que la calidad de información es clave para que un SRC pueda lograr su objetivo, se debe establecer un equipo de profesionales responsable de monitorear y supervisar los procesos de Referencia y Contrarreferencia, con especial énfasis en la calidad de la información y el acatamiento a las normas y procedimientos.

En este contexto, es importante designar a un responsable por proveedor de salud para revisar la calidad de la información suministrada en los instrumentos (hoja de Referencias y Contrarreferencias, hoja de registro diario, semanal y mensual de Referencias y Contrarreferencias). En caso de que se presenten fallas o se detecten deficiencias en el almacenamiento de la información, el supervisor debe reunirse con el profesional que completó el instrumento para corregirlo junto con él. Así no solamente se logra mejorar la información y la gestión de la demanda por este servicio de salud, sino también se entrena al personal con efectos positivos para la gestión futura del SRC. De igual manera, en la institución que recibe la referencia debe designarse también a un responsable para revisar la información de los formularios lo mismo que la coherencia entre las distintas hojas de registro.

En ambos casos debe incluirse una revisión del comportamiento de los funcionarios orientada a determinar si se cumplieron o no las normas y

procedimientos, más allá de posibles errores formales. En el fondo, los funcionarios deberían hacerse responsables de sus actos y rendir cuentas, lo cual alimentaría la decisión de sus superiores respecto de su elegibilidad para recibir incentivos a la vez que haría el sistema más transparente.

De hecho, hacer un seguimiento de las referencias recibidas y Contrarreferencias realizadas permite comparar las normas y los procedimientos con lo que efectivamente pasa en la realidad. De aquí pueden elaborarse insumos importantes para diseñar incentivos dirigidos a mejorar el compromiso de los funcionarios con este instrumento.

A fin de asegurar que el sistema de Referencia y Contrarreferencia esté operando acorde con las realidades de la red de servicios de salud lo mismo que con las necesidades de los pacientes, se requiere un mecanismo de evaluación periódica. A partir de los resultados de tales evaluaciones pueden emanar luego propuestas de mejoramiento y ajuste.

Parte central de las evaluaciones es analizar y valorar la pertinencia de las Referencias y Contrarreferencias. Es decir, observar si las referencias se realizaron al establecimiento de atención apropiado, si el procedimiento fue oportuno, y si se recibieron y procesaron las Referencias y Contrarreferencias tal como fueron emitidas. Por otro lado, se evalúa si la referencia fue dirigida al nivel de atención correspondiente donde el proveedor se adecua por sus características de servicios a las necesidades de la atención.

El proceso más apropiado para efectuar estas evaluaciones consiste en realizar reuniones mensuales entre los distintos actores involucrados en el SRC, tales como los funcionarios que hacen referencias y los que las reciben. Estas reuniones tienen tanto carácter evaluativo como de aprendizaje. Los procedimientos se analizan fundamentalmente con el fin de mejorar la calidad de las Referencias y Contrarreferencias. En adición a éstas, se pueden organizar focus groups con los usuarios a fin de recibir su feedback sobre si las referencias y Contrarreferencias fueron oportunas, adecuadas, bien recibidas, y si la información y orientación al respecto fue suficiente y útil.

Realizar una evaluación sistemática del SRC permite: Identificar a los

profesionales que cumplen y que no cumplen con el correcto llenado de instrumentos, Determinar si el direccionamiento de la referencia fue correcto, Actualizar los criterios para Referencias y Contrarreferencias. Es evidente, entonces, que las evaluaciones son un mecanismo de enorme relevancia para el funcionamiento de todo el sistema generando insumos indispensables para su ajuste y actualización.

3.3.9. Cronograma

ACTIVIDADES	AÑO 2018					
	MESES					
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Primera capacitación: con los encargados de actualizar y procesar la información adecuada. <i>“Diseñar y ejecutar talleres en gestión tecnológica”</i>	X					
Elaborar instrumentos de gestión tecnológica		X				
Designar un responsable por proveedor de salud para revisar la calidad de la información suministrada en los instrumentos (hoja de Referencias y Contrarreferencias, hoja de registro diario, semanal y mensual de Referencias y Contrarreferencias)			X			
Realizar seguimiento a la labor de los responsables en revisar la calidad de información proporcionada en los instrumentos.			X	X	X	X
Realizar reuniones entre los distintos actores involucrados en el SRC			X	X	X	X
Reporte final						X

ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA EL CAMBIO

PROGRAMA

Capacitación: con los encargados de actualizar y procesar la información adecuada. *“Diseñar y ejecutar talleres en gestión tecnológica”*

I. DATOS INFORMATIVOS

1.1. **Empresa** : HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE.

1.2. **Área** : Recursos Humanos

II. DATOS DE LA ACTIVIDAD

2.1. **Actividad** :

Realizar una capacitación de competencias profesionales para los trabajadores del HRL.

2.2. **Objetivos** :

- a) Conocer cómo influye capacitación en competencias profesionales en el personal del HRL.
- b) Reflexionar sobre la importancia de la capacitación al personal del HRL.

III. PROCESOS DE LA ACTIVIDAD

- a) Se pide la colaboración de 35 personas del grupo
- b) Se les asigna el rol que desempeña la persona
- c) Simularán estar en una reunión de trabajo donde se encuentran empleados y empleadores presentando cada quien sus opiniones sobre el desempeño de trabajo y las relaciones laborales que existen entre ellos.
- d) Luego se les pide la opinión al grupo en general sobre lo observado en la dramatización.
- e) Finalmente se realiza una pequeña exposición.

IV. MEDIOS Y MATERIALES

- a) Humanos: Facilitador y participantes
- b) Materiales: Pizarra, plumones, hojas de papel, sala de exposiciones, proyector multimedia.

c) Tiempo: Motivación 20 minutos, Exposición 40 minutos, Discusión 20 minutos.

V. PRESUPUESTO

ESTRATEGIA 1:				
Gestionar con el MINSA dos profesionales expertos para que hagan de facilitadores en la capacitación competencias profesionales para el personal de Admisión (RCR)				
OBJETIVO				
Mejorar la calidad de atención del personal hacia los pacientes.				
JUSTIFICACIÓN				
La capacitación es pieza clave para brindar en los colaboradores la seguridad de trabajar en un buen ambiente laboral donde día a día se puede brindar una buena atención al usuario y a la vez puede genera un buen ambiente de trabajo y lograr finalmente un buen desempeño laboral.				
PLAZO DE EJECUCION				
junio 2018				
RESPONSABLES				
✓ Profesional en Coaching				
Actividades	mes			Recursos a utilizar
	Julio	Agosto	Setiembre	
Convocar a los trabajadores a la capacitación de competencias profesionales	X			Pizarra, plumones, hojas de papel, sala de exposiciones, proyector multimedia
Capacitar a los colaboradores en capacitación de competencias profesionales		X		
Fomentar las habilidades adquiridas por la capacitación			X	

5.1. Presupuesto

PLAN DE CAPACITACIÓN PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO LABORAL DE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE 2018	
Programas	Costo
Refrigerios	S/. 18,900.00
Medios y Materiales (papel boom, lapiceros, folder manila)	S/. 200.00
Movilidad local	S/. 100.00
Certificados	S/. 250.00
TOTAL	S/ 19.450,00

CAPÍTULO IV
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES.

- La atención informativa recibida por el paciente arroja un 59% lo que demuestra que la misma se preocupa por brindar a Los pacientes asegurados que asisten a este Hospital se encuentren satisfechos con atención de calidad.
- Mejoramiento del Portal web para permitir incrementar la productividad del área de Referencia y Contraferencia disminuyendo las colas de atención con el objetivo de que el asegurado pueda realizar sus consultas on - line sin necesidad de acudir al hospital, entrega de su cita, exámenes complementarios. Esto resulta crucial dada la gran demanda en las llamadas a las líneas telefónicas que hacen imposible una comunicación fluida.
- La gestión tecnológica ofrece a los centros de salud, diversas oportunidades para mejorar su desempeño, proceso que compromete la ejecución de actividades desarrolladas con eficacia y eficiencia. Adicionalmente, este tipo de gestión sugiere una alternativa que se traduce en modelos y estructuras estratégicas utilizando una perspectiva institucional que permite la descripción de acciones simples y lógicas, ubicándolas dentro de un contexto competitivo más acorde con la realidad.
- Beneficio a los asegurados que viven en zonas muy alejadas y muchas veces se desplazan desde lejos y no logran obtener una cita, o la pierden porque no fueron informados oportunamente.
- Orden, priorización y planificación de la atención al asegurado evitando la generación de largas esperas en los servicios hospitalarios.

4.2. RECOMENDACIONES.

- Revisar de manera periódica el logro de los objetivos debido a que pueden variar en el tiempo según las condiciones de la política institucional del Hospital.
- Capacitar regularmente al personal administrativo y/o asistencial para mejorar y mantener el buen trato y calidad de atención al paciente.
- La falta de mecanismos de coordinación, más que la falta de estructura comunicacional, es la que determina en nuestro estudio los problemas a corregir en el sistema de Referencia – Contrarreferencia: tanto los entrevistados en los centros de salud como en los hospitales refieren que aun teniendo posibilidades de comunicación, resulta difícil acceder a una en el momento en que lo necesitan y por ello desisten de hacerlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

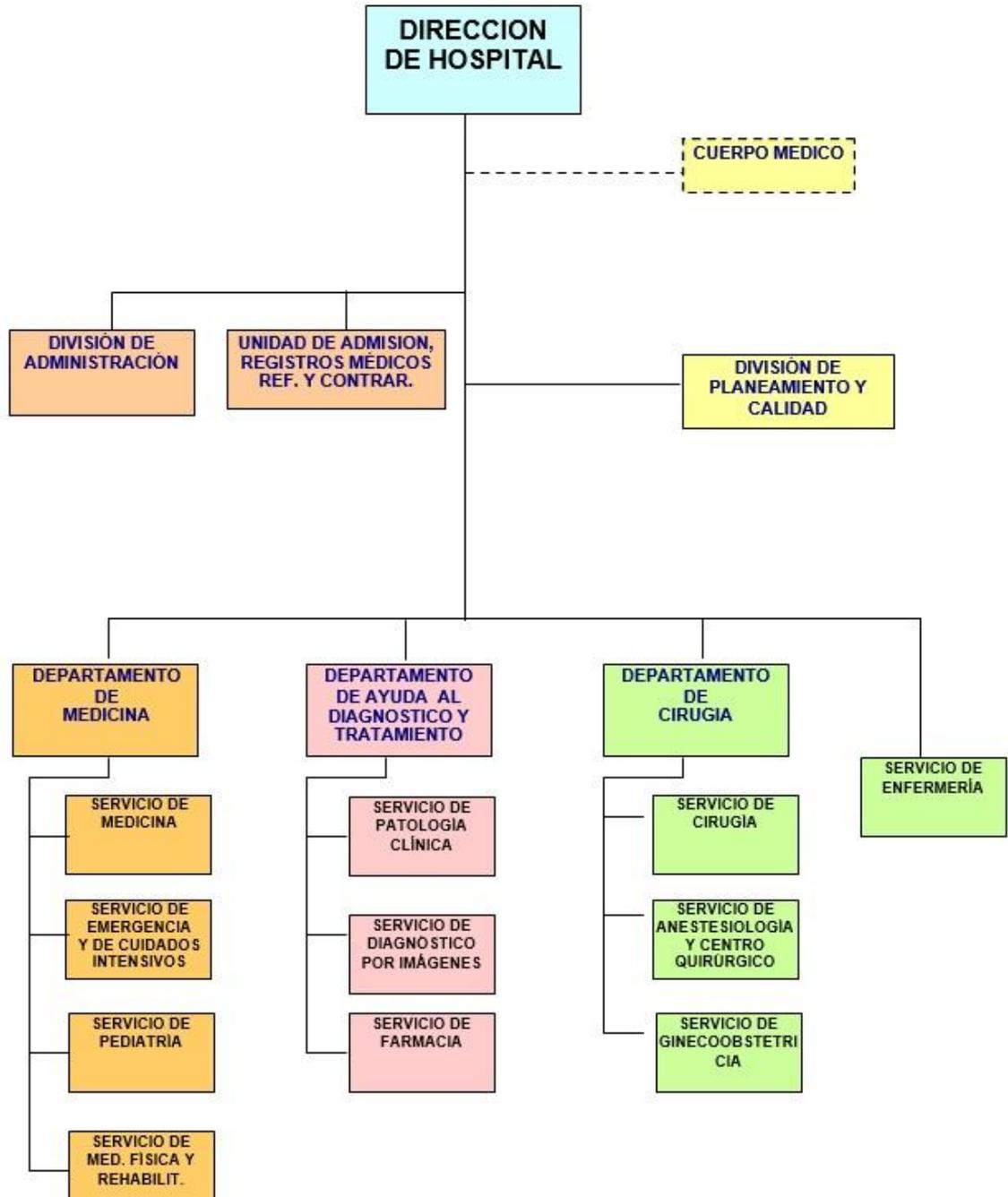
- Deming W. Edwards (1989). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Juran Joseph M. (1990) *Juran y la planificación para la calidad*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Palacios, J. (2006). *Administración de la calidad*. (Primera edición). México: Editorial Trillas.
- Ishikawa Kaoru (1997). *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad Japonesa*. Bogota: Editorial Norma.
- Crosby B. Philip (1994). *La calidad no cuesta*. España: Editorial Grupo Patria
- Johnson Gerry; Scholes Kevan; Whittington Richard (2006) *Dirección estratégica*. (Septima Edición). España: Editorial Pearson Educación
- Mintzberg Henry; Brian Quinn James, Voyer John (1997). *El Proceso Estratégico*. México: Editorial Prentice Hall.
- Sabater, R. (1999). *Dirección Estratégica*. Editorial Diego Marín.
- López B. y Cols (2001). *Modelado de la Planificación Estratégica en la Empresa*. CAEPIA-TTIA'01.
- PMI (2000) PMI. "Guide to the Project Management Body of Knowledge, A (PMBOK® Guide)". EEUU: Editorial Project Management Institute
- PANIAGUA, E., LÓPEZ, B., MARTÍN, F. (2002). *El Valor de la Planificación Estratégica en el Capital Intelectual*. CISIC
- Kanz, J., Lam D. (1996) *Technology, Strategy, and competitiveness: An Institutional Managerial Perspective*. New York: Editorial McGraw Hill
- Gerard H. Gaynor (1996) *Handbook of technology management*. EEUU: Editorial McGraw-Hill.
- Manual de FRASCATI OCDE (1992) *Propuesta de Norma Práctica para encuestas de Investigación y Desarrollo Experimental*
- Lorenzi Peter, Skinner Steven J. (1996) *Gestión: calidad y competitividad* Editorial Irwin
- Gilmore Harold L (1969) *Integrated Product Testing and evaluation: A system approach to improve reliability and quality*. Editorial: Wiley Interscience
- Broh Robert (1961) *Managing Quality* New york: Editorial McGraw-Hill

- Feigenbaum Armand (1994) *Control total de la calidad* :Editorial Continental
- Normas 150 serie 9000/ISO 8402 (1994). Madrid: Editorial AENOR.
- Malagón Londoño G, Galán Morera R, Pontón Laverde G, (2003) *Garantía de Calidad en Salud*. Colombia: Editorial Medica Panamericana.
- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) *Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública*. (2008). Documento Borrador, Colombia.
- Martínez, Ángeles y otros. (2007). *Un modelo de gestión de consulta en un Centro de especialidades: implicación y comunicación de los profesionales como claves del éxito*. Revista de administración sanitaria siglo XXI, ISSN 1696-1641, Vol. 5, Nº. 2, España.
- Frenk, Julio "El concepto y la Medición de Accesibilidad". *Salud Pública de Mexico* 27(5):438-453, 1985
- Santodomingo Garachana, A. (1995). "Una aproximación al modelo sistémico de dirección con especial referencia a la calidad total y el sistema de información en la estrategia de la empresa"; en VV. AA.: *Dirección de la Empresa en los Noventa*. Cuervo Garcia A. (Director). Civitas. Madrid. pp. 387-400.
- Rico, R.R. (1991). *Calidad Estratégica Total. Total Quality Management...* Buenos Aires Macchi.
- Mazarrasa, M. (1994). *Marketing y Calidad Total*. Madrid Editorial: Gestión.
- James, P. (1997). *Gestión de la Calidad Total. Un texto introductorio*. Madrid Editorial: Prentice Hall.
- Horovitz, J. (1993). *La calidad del servicio*. Madrid. Editorial: McGraw-Hill.
- DESMARETS, G. (1995). *Relación existente entre Aseguramiento de Calidad (ISO 9000) Y Gestión de Calidad Total*. Madrid Editorial: Club Gestión de Calidad.
- R. Ulin Priscilla, T. Robinson Elizabeth, E. Tolley Elizabeth (2006). *Investigación aplicada en salud pública – Metodos Cualitativos*. Pan American Health Org
- www.minsa.gob.pe

ANEXOS

ANEXOS.

Organigrama Hospital Regional de Lambayeque.



CUADRO DE ORGANIZACIÓN DE CARGOS.

COD. ESTRUCT.	DENOMINACION	CODIGO	DESCRIPCION DEL CARGO
0204600000	DIRECCION	E4DH2	DIRECTOR DE HOSP. APOYO II
0204600100	DIVISION DE ADMINISTRACION	E6JDV	JEFE DE DIVISION
0204600200	UNIDAD DE ADMISION, REGISTROS MEDICOS, REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS	E6JUN	JEFE DE UNIDAD
0204600300	DIVISION DE PLANEAMIENTO Y CALIDAD	E6JDV	JEFE DE DIVISION
0204600800	DEPARTAMENTO DE MEDICINA	E5JDA	JEFE DE DPTO. ASISTENCIAL
0204600810	SERVICIO DE MEDICINA	E5JSA	JEFE DE SERV. ASISTENCIAL
0204600820	SERVICIO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS INTENSIVOS	E5JSA	JEFE DE SERV. ASISTENCIAL
0204600830	SERVICIO DE PEDIATRIA	E5JSA	JEFE DE SERV. ASISTENCIAL
0204600840	SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	E5JSA	JEFE DE SERV. ASISTENCIAL
0204600900	DEPARTAMENTO DE AYUDA AL DIAGNOSTICO	E5JDA	JEFE DE DPTO. ASISTENCIAL
0204600910	SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA	E5JSA	JEFE DE SERV. ASISTENCIAL
0204600920	SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES	E5JSA	JEFE DE SERV. ASISTENCIAL
0204600930	SERVICIO DE FARMACIA	E5JSA	JEFE DE SERV. ASISTENCIAL
0204601000	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	E5JDA	JEFE DE DPTO. ASISTENCIAL
0204601010	SERVICIO DE CIRUGIA	E5JSA	JEFE DE SERV. ASISTENCIAL
0204601020	SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO	E5JSA	JEFE DE SERV. ASISTENCIAL
0204601030	SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA	E5JSA	JEFE DE SERV. ASISTENCIAL
0204602000	SERVICIO DE ENFERMERIA	E5JSA	JEFE DE SERV. ASISTENCIAL

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE
LAMBAYEQUE

Fecha:

Nº de encuesta:

Lugar de donde viene:

Contenido

1. ¿Podría indicar su edad?
..... años.
2. ¿Cómo se informó de las especialidades ofrecidas por el Hospital?
 - a. Teléfono.
 - b. Módulo de atención.
 - c. Centro Asistencial que emite referencia.
 - d. Pacientes anteriormente atendidos.
 - e. Otros
3. ¿Cómo obtuvo una cita en este hospital?
 - a. Llamar por teléfono al hospital.
 - b. Recibió una llamada del Módulo de Atención.
 - c. Recibió una llamada de Admisión y Referencias.
 - d. Otros
4. ¿Cómo se informa si consiguió una cita?
 - a. Llamar por teléfono al hospital.
 - b. Recibió una llamada del módulo de atención.
 - c. Acercarse al hospital personalmente.
5. ¿Cuándo le recetan exámenes auxiliares como análisis por laboratorio como lo solicita?
 - a. Módulo de atención.
 - b. Llamar por teléfono al hospital.
 - c. Acercarse al hospital personalmente.
6. ¿Cuándo le recetan exámenes auxiliares como radiografías, mamografías, tomografías como lo solicita?
 - a. Módulo de atención.
 - b. Llamar por teléfono al hospital.
 - c. Acercarse al hospital personalmente.
7. Para conseguir una recita como lo realizo?
 - a. Llamo por teléfono al hospital.
 - b. Se acercó personalmente a los módulos de atención.
 - c. Espero la llamada de los módulos de atención
8. ¿Cómo se enteró si llegó su medicamento que no había en Farmacia por falta de stock?
 - a. Llamo al Servicio.
 - b. Acercarse al hospital personalmente.

9. ¿Cuál fue la especialidad con que fue atendido la primera vez en este hospital?
- a. Oftalmología.
 - b. Odontología.
 - c. Otorrinolaringología
 - d. Ginecología y obstetricia
 - e. Traumatología y Ortopedia
 - f. Medicina Física.
 - g. Gastroenterología
 - h. Cirugía
 - i. Cardiología.
 - j. Anestesiología
 - k. Medicina Interna
 - l. Neurología.
 - m. Endocrinología.
 - n. Psicología
10. ¿Recomendaría este hospital a sus familiares y conocidos?
- a. si
 - b. no
 - c. no sabe
11. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con el Hospital y la atención médica que recibió?
- a. Muy satisfecho
 - b. Satisfecho
 - c. Neutral
 - d. Insatisfecho
12. ¿Cómo calificaría las instalaciones de este hospital?
- a. Bueno.
 - b. Regular.
 - c. Malo
13. ¿Se le recibió cordial y educadamente por el personal de módulo de atención?
- a. Si
 - b. No
 - c. No opina
14. A su llegada al Hospital los trámites de ingreso le resultaron:
- a. Muy complicados.
 - b. Algo complicados.
 - c. Nada complicados.
15. En su opinión, ¿el tiempo que le dedicó el médico fue suficiente?
- a. Si
 - b. No
 - c. n/a
16. ¿Podría indicar la cercanía de este hospital a su domicilio?
- a. Cerca

- b. Lejos
- c. Muy Lejos

17. En caso de poder elegir ¿volvería para ser atendido en este hospital?

- a. Si volvería
- b. Probamente volvería
- c. Probamente no volvería
- d. No volvería
- e. n/a

18. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con el personal de enfermería?

- a. Muy satisfecho
- b. Satisfecho
- c. Neutral
- d. Insatisfecho

19. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con el personal administrativo?

- a. Muy satisfecho
- b. Satisfecho
- c. Neutral
- d. Insatisfecho

20. Alguna sugerencia de mejora a este hospital.