

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POSGRADO



=====
**LA INNOVACIÓN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS
DE LA RED LIMA ESTE METROPOLITANA, 2016**
=====

Línea de investigación: Gerencia en Salud

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN
ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD**

TESISTA: RODOLFO CHRISTIAN PRADO CELIS

ASESOR: DR. JORGE HILARIO CARDENAS

HUANUCO – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mis padres que me enseñaron a ser perseverante en la construcción de mi futuro.

A todos mis hermanos y hermanas que me dieron muchas fortalezas en mis actividades emprendidas.

AGRADECIMIENTO

Un Agradecimiento Especial a la Universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco por darme la oportunidad de presentar esta tesis y reforzar mis conocimientos en el área de investigación científica y sus diversas estrategias.

Agradecimiento a los funcionarios, técnicos y asistentes del ESTABLECIMIENTO DE SALUD, RED LIMA ESTE METROPOLITANA por facilitarme con las informaciones solicitadas.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es analizar la Innovación en la Atención Primaria de Salud y como este influye en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016. La unidad de análisis son los trabajadores de los Centros de Salud de Santa Clara, Centro Materno Infantil de Santa Anita y el Puesto de Salud Fraternidad de Huaycan, con una población y muestra de 60 trabajadores. Es una investigación no experimental explicativo de nivel correlacional, que explica la Innovación en la Atención Primaria de Salud y su influencia en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud. El diseño es de corte transversal, y la técnica aplico como instrumento el cuestionario. La respuesta de 60 trabajadores sobre innovación organizativa fue que el 33% indicó como muy débil, 47% como débil, 8% como moderado; Sobre si “Hay Desarrollo tecnológico en enfermedades prevenibles” el 23% manifestó su respuesta como muy débil, 38% como débil y 27% como moderado. Sobre si hay Convergencia entre los servicios sociales y médicos” el 38% manifestó su respuesta como muy débil, 23% como débil y 30% como moderado, estos resultados permiten afirmar que se tiene un **NIVEL BAJO** en la implementación de la Función de agencia en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Organización y gestión óptima y Atención integral e integrada dentro del Marco legal e institucional. La prueba de la hipótesis general, $X^2 = 3.738$, $gl = 6$, $p = 0.712$, tiene una significancia que es mayor que 0.05 por lo que se acepta H_0 , determinándose que la Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un **NIVEL BAJO** de Innovación en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

Palabras Clave: Innovación, Atención Primaria de Salud, Establecimientos de Salud, Sostenibilidad.

SUMMARY

The objective of this research is to analyze the Innovation in Primary Health Care and how it influences the Sustainability of Health Establishments, Lima Metropolitan Network, 2016. The unit of analysis is the workers of the Health Centers of Santa Clara , Maternal Infant Center of Santa Anita and Health Post Fraternity of Huaycan, with a population and sample of 60 workers. It is a non-experimental explanatory investigation of correlational level, which explains the Innovation in Primary Health Care and its influence on the Sustainability of Health Establishments. The design is cross-sectional, and the technique applied as an instrument the questionnaire. The response of 60 workers on organizational innovation was that 33% indicated it as very weak, 47% as weak, 8% as moderate; On whether "there is technological development in preventable diseases" 23% expressed their response as very weak, 38% as weak and 27% as moderate. On whether there is convergence between social and medical services "38% expressed their response as very weak, 23% as weak and 30% as moderate, these results allow to affirm that there is a LOW LEVEL in the implementation of the agency function in Primary Health Care and this puts at risk the Organization and optimal management and Integral and integrated care within the legal and institutional framework. The test of the general hypothesis, $X^2 = 3.738$, $gl = 6$, $p = 0.712$, has a significance that is greater than 0.05 so H_0 is accepted, determining that the sample taken as a unit of study has a LOW LEVEL of Innovation in Primary Health Care and this puts at risk the Sustainability of Health Establishments, Metro Lima Metropolitan Network, 2016.

Keywords: Innovation, Primary Health Care, Health Establishments, Sustainability.

INTRODUCCION

La atención primaria abre oportunidades a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, así como a la detección temprana de enfermedades; es inaceptable que en los países de ingresos bajos como el nuestro la atención primaria sirva sólo para tratar dolencias comunes; la atención primaria facilita las relaciones entre pacientes y médicos, y los pacientes participan en la adopción de decisiones sobre su salud y atención sanitaria; además, crea vínculos entre la atención de salud individual y las familias y comunidades de los pacientes; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención de salud se reduzca a un canal unidireccional de prestación de servicios para intervenciones de salud prioritarias.

La presente investigación pretende dar respuesta a la pregunta ¿Cuál es la Innovación en la Atención Primaria de Salud y como este influye en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016?

Las estrategias de modernización en el campo medico han de considerar la necesidad de implementar I + D + i, como una oportunidad de avance en conocimiento con su potencial de contribución positiva de los recursos y su coste de oportunidad e impacto sobre Incidencia y prevalencia, Mortalidad e incapacidad, Coste social, Necesidad del control y la extensión de patología/epidemia.

El rápido cambio tecnológico significa que la evaluación de las tecnologías en el campo medico sean cada vez más requeridas en cuanto a futuras evaluaciones y métodos que han de ser utilizados y cuál será el impacto de las nuevas regulaciones para las compañías farmacéuticas y de tecnologías sanitarias. El mayor desafío será determinar quién tendrá acceso a estas innovaciones de los servicios sanitarios suministrados a la población para mejorar la calidad asistencial.

El desarrollo de la gestión de la información y el envejecimiento son cuestiones asociadas y con impacto en los costes, la calidad en el cuidado y la mayor satisfacción de los pacientes son objetivos a perseguir junto a la reducción de los costes. La presente investigación tiene como objetivo “Analizar la Innovación en la Atención Primaria de Salud y como este influye en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016” cuyo desarrollo consta de:

En el Capítulo I, el lector encontrará en el planteamiento del problema una descripción de la realidad problemática que se desea abordar, ¿Cuál es la Innovación en la Atención Primaria de Salud y como este influye en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016?

En el Capítulo II, en el Marco Teórico se presenta los antecedentes, las Bases Teóricas que fundamentan la Innovación en la Atención Primaria de Salud y como este influye en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, teniendo como premisa la declaración de Alma Ata define a la APS como un primer nivel amplio e integrado, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales. Incluye los siguientes principios: respuesta a los más amplios determinantes de la salud; cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; autocuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles.

En el Capítulo III, Marco Metodológico, se precisa el tipo, nivel y diseño de la investigación teniendo en cuenta el control de las variables. Se precisa la población y los instrumentos.

En el Capítulo IV, Resultados, orientados por los objetivos e Hipótesis del estudio, se utilizan tablas y gráficos para mostrar los hallazgos del estudio, y se contrastan las hipótesis y la prueba estadística pertinente.

En el Capítulo V, Discusión, se contrastan los resultados obtenidos con los referentes bibliográficos del estudio, con las hipótesis.

Al final de la tesis se presentan las conclusiones del estudio orientado por los objetivos e hipótesis y las sugerencias del estudio. Una bibliografía utilizada y los anexos complementan la presentación de la tesis.

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Establecimientos de atención primaria Microred Ate I	50
Tabla N° 2: Categoría de Establecimientos de atención primaria Microred Ate I	51
Tabla N° 3: Nivel Profesional por establecimiento de atención primaria	54
Tabla N° 4: Los ingresos económicos de cada red lo maneja la red de salud Lima este	55
Tabla N° 5: El medico jefe de cada establecimiento recibe bono por jefatura de establecimiento	56
Tabla N° 6: Opinión de Establecimiento sobre innovación organizativa	57
Tabla N° 7: Opinión sobre Desarrollo tecnológico en enfermedades prevenibles	58
Tabla N° 8: Opinión sobre Convergencia entre los servicios sociales y médicos	59
Tabla N° 9: Opinión sobre Desarrollo de la telemedicina a partir de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y de los sensores	60
Tabla N° 10: Opinión sobre Crecimiento de programas de garantía de calidad y de evaluaciones de tecnologías sanitarias	61
<i>Tabla N° 11: Opinión sobre si se selecciona pacientes con el uso de Internet</i>	62
Tabla N° 12: Opinión sobre el Uso de Internet por profesionales y técnicos para el desarrollo de tareas en el hospital.	63
Tabla N° 13: Opinión sobre los profesionales de atención primaria en relación a las innovaciones organizativas	64
Tabla N° 14: Opinión sobre Desarrollo de la gestión clínica	65
Tabla N° 15: Opinión sobre la Necesidad de profesionalización en gestión de I+D	66

Tabla N° 16: Opinión sobre Conciliar el crecimiento del gasto sanitario con una mayor calidad asistencial a través de la investigación de resultados en salud (outcomes)	67
Tabla N° 17: Opinión sobre Formar especialistas o residentado medico durante 3 años en medicina familiar o preventiva	68
Tabla N° 18: Opinión sobre el Recurso humano actual con dominio en TICs	69
Tabla N° 19: Opinión sobre Nivel en el Desarrollo de programas web en atención primaria	70
Tabla N° 20: Opinión sobre Capacitación en políticas del estado en atención primaria	71
Tabla N° 21: Opinión sobre si Prioriza uso de TICs	72
Tabla N° 22: Opinión sobre Acceso y cobertura universal	73
Tabla N° 23: Opinión sobre atención integral e integrada	74
Tabla N° 24: Opinión sobre énfasis en la promoción y prevención	75
Tabla N° 25: Opinión sobre atención apropiada	76
Tabla N° 26: Opinión sobre la orientación familiar y comunitaria	77
Tabla N° 27: Opinión sobre mecanismos activos de participación	78
Tabla N° 28: Opinión sobre el marco legal e institucional	79
Tabla N° 29: Opinión sobre organización y gestión óptimas	80
Tabla N° 30: Opinión sobre políticas y programas pro equidad	81
Tabla N° 31: Opinión sobre el primer contacto con pacientes	82
Tabla N° 32: Opinión sobre los recursos humanos apropiados	83
Tabla N° 33: Opinión sobre los recursos adecuados y sostenibles	84

Tabla N° 34: Opinión sobre acciones intersectoriales	85
Tabla N° 35: Tabla de contingencia SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (agrupado) * INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (agrupado)	86
Tabla N° 36: Pruebas de chi-cuadrado	87
Tabla N° 37: Tabla de contingencia SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (agrupado) * • FUNCIÓN DE AGENCIA (agrupado)	88
Tabla N° 38: Pruebas de chi-cuadrado	89
Tabla N° 39: Tabla de contingencia SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (agrupado) * • FUNCIÓN DE COORDINACIÓN Y GARANTÍA DE CONTINUIDAD (agrupado)	90
Interpretación de resultados para una tabla de 4 X 3 (<i>Tabla N° 40</i>): Primero aparece la tabla cruzada con frecuencias y porcentajes entre la FUNCIÓN DE COORDINACIÓN Y GARANTÍA DE CONTINUIDAD y SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD de 4 y 50.0% como moderado	91
Tabla N° 41: Pruebas de chi-cuadrado	91
Tabla N° 42: Tabla de contingencia SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (agrupado) * • FUNCIÓN DE REGULACIÓN DE FLUJOS DE PACIENTES	92
Tabla N° 43: Pruebas de chi-cuadrado	93

INDICE DE GRAFICOS

Figura N° 1-A: Concepto Innovación, Desarrollo de nuevos productos o perfeccionados	28
Figura N° 1-B: Concepto Innovación, Desarrollo de nuevos productos o perfeccionados	29
Figura N° 2: Saber, Querer, Poder	36
Figura N° 3: Microred Ate I - Lima Este	51
Figura N° 4: Nivel Profesional por establecimiento de atención primaria	54
Figura N° 5: Los ingresos económicos de cada red lo maneja la red de salud Lima este	55
Figura N° 6: El medico jefe recibe bono por jefatura de establecimiento	56
Figura N° 7: Opinión de Establecimiento sobre innovación organizativa	57
Figura N° 8: Opinión sobre Desarrollo tecnológico en enfermedades prevenibles	58
Figura N° 9: Opinión sobre Convergencia entre los servicios sociales y médicos	59
Figura N° 10: Opinión sobre Desarrollo de la telemedicina a partir de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y de los sensores	60
Figura N° 11: Opinión sobre Crecimiento de programas de garantía de calidad y de evaluaciones de tecnologías sanitarias	61
Figura N° 12: Opinión sobre si se selecciona pacientes con el uso de Internet	62
Figura N° 13: Opinión sobre el Uso de Internet por profesionales y técnicos para el desarrollo de tareas en el hospital.	63
Figura N° 14: Opinión sobre los profesionales de atención primaria en relación a las innovaciones organizativas	64

Figura N° 15: Opinión sobre Desarrollo de la gestión clínica	65
Figura N° 16: Opinión sobre la Necesidad de profesionalización en gestión de I+D	66
Figura N° 17: Opinión sobre Conciliar el crecimiento del gasto sanitario con una mayor calidad asistencial a través de la investigación de resultados en salud (outcomes)	67
Figura N° 18: Opinión sobre Formar especialistas o residentado medico durante 3 años en medicina familiar o preventiva	68
Figura N° 19: Opinión sobre el Recurso humano actual con dominio en TICs	69
Figura N° 20: Opinión sobre Nivel en el Desarrollo de programas web en atención primaria	70
Figura N° 21: Opinión sobre Capacitación en políticas del estado en atención primaria	71
Figura N° 22: Opinión sobre si Prioriza uso de TICS	72
Figura N° 23: Opinión sobre Acceso y cobertura universal	73
Figura N° 24: Opinión sobre atención integral e integrada	74
Figura N° 25: Opinión sobre énfasis en la promoción y prevención	75
Figura N° 26: Opinión sobre atención apropiada	76
Figura N° 27: Opinión sobre la orientación familiar y comunitaria	77
Figura N° 28: Opinión sobre mecanismos activos de participación	78
Figura N° 29: Opinión sobre el marco legal e institucional	79
Figura N° 30: Opinión sobre organización y gestión óptimas	80
Figura N° 31: Opinión sobre políticas y programas pro equidad	81
Figura N° 32: Opinión sobre el primer contacto con pacientes	82

Figura N° 33: Opinión sobre los recursos humanos apropiados	83
Figura N° 34: Opinión sobre los recursos adecuados y sostenibles	84
Figura N° 35: Opinión sobre acciones intersectoriales	85

Contenido

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
SUMARY	v
INTRODUCCION	vi
INDICE DE TABLAS	ix
INDICE DE GRAFICOS	xii
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
○ 1.1 Descripción del problema.	1
1.2 Formulación del problema.	7
1.2.1 Problema general.	7
1.2.2 Problemas específicos.	7
1.3 Objetivos.	8
1.3.1 Objetivo General.	8
1.3.2 Objetivos Específicos.	8
1.4 Hipótesis y/o sistema de hipótesis.	9
1.4.1 Hipótesis General.	9
1.4.2 Hipótesis Específicos.	9
1.5 Variables.	10
1.5.1 Variables Independientes.	10
1.5.2 Variables Dependientes.	11
1.5.3 Operacionalización de Variables.	12
1.6 Justificación e importancia.	15
1.6.1 Justificación.	15

1.6.2	Importancia.....	16
1.7	Viabilidad.....	17
1.8	Limitaciones.....	17
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO		18
2.1	Antecedentes.....	18
	A Nivel Internacional.....	18
	A Nivel Nacional.....	21
2.2	Bases teóricas.....	28
	2.2.1 Sistemas de salud basados en la APS.....	28
	2.2.2 Innovación del producto.....	34
2.3	Definición de competencias para los equipos de APS.....	40
2.4	Clasificación de las competencias.....	42
2.5	DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	49
	2.5.1 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (SIGLAS: AP O APS).....	49
	2.5.2 ACCESO Y COBERTURA UNIVERSAL.....	50
	2.5.3 ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA.....	50
	2.5.4 ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.....	51
	2.5.5 ATENCIÓN APROPIADA.....	51
	2.5.6 ORIENTACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA.....	52
	2.5.7 MECANISMOS ACTIVOS DE PARTICIPACIÓN.....	52
	2.5.8 MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL.....	52
	2.5.9 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN ÓPTIMAS.....	53
	2.5.10 POLÍTICAS Y PROGRAMAS PRO EQUIDAD.....	53
	2.5.11 PRIMER CONTACTO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS.....	53
	2.5.12 RECURSOS HUMANOS APROPIADOS.....	54
	2.5.13 RECURSOS ADECUADOS Y SOSTENIBLES.....	54
	2.5.14 ACCIONES INTERSECTORIALES.....	54
CAPITULO III: METODOLOGÍA		55
3.1	Tipo de investigación.....	55
○	3.2 Diseño y esquema de la investigación.....	55
3.3	Población y muestra.....	56
3.4	Definición operativa del Instrumentos de recolección de datos.....	57

3.5	Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.	58
3.5.1	Técnicas.....	58
3.5.2	Procesamiento de Datos	58
3.5.3	Presentación de Datos	59
CAPITULO IV: RESULTADOS		60
4.1	Estadísticas Descriptivas- Innovación en la Atención Primaria de Salud	60
4.1.1	Función de agencia	60
4.1.2	Función de coordinación y garantía de continuidad	73
4.1.3	Función de regulación de flujos de pacientes	79
○	4.2 Estadísticas Descriptivas-Sostenibilidad de establecimientos de salud	85
4.2	CONTRASTACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.....	99
4.2.1	CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS GENERAL:	99
4.2.2	CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	101
CAPITULO V: DISCUSION		107
○	5.1 CONTRASTACION DE LOS RESULTADOS	107
5.1.1	Contrastación de la hipótesis general	107
5.1.2	Contrastación de la hipótesis específicas	107
5.1.2	Contrastación de los resultados con los referentes bibliográficos.	108
○	5.2 APORTE CIENTIFICO DE LA INVESTIGACION	113
CONCLUSIONES		116
RECOMENDACIONES		118
BIBLIOGRAFÍA		119
ANEXO Nº 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA		124
ANEXO Nº 2: CUESTIONARIO		126
ANEXO Nº 3: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO		128
ANEXO Nº 4: MAPA RED LIMA ESTE		131

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema.

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población. Así mismo, las experiencias acumuladas tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo han demostrado que la APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales. Por otra parte, los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos producidos desde el siglo pasado acarrearán la necesidad de una revisión profunda de la estrategia de APS para que pueda dar respuesta a las necesidades en salud y desarrollo de la población en el mundo.

¿Por qué innovar en la atención primaria de salud (APS), y por qué ahora más que nunca? La respuesta inmediata es que los Estados Miembros lo están pidiendo claramente, y no sólo los profesionales de la salud, sino también los responsables políticos. La globalización está afectando a la cohesión social de muchos países, y no cabe duda de que los sistemas de salud, elementos fundamentales de la estructura de las sociedades contemporáneas, no están funcionando todo lo bien que podrían y deberían. La gente está cada vez más descontenta ante la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades, y ante el hecho de que los servicios prestados no sean acordes con sus expectativas. Es difícilmente rebatible que los sistemas de salud tienen que responder mejor y con mayor rapidez a los desafíos de un mundo en transformación. Y la APS puede afrontar esos desafíos.

Según SCHUMPETER la Innovación es: la introducción en el mercado de un nuevo bien o de una nueva clase de bienes; de un nuevo método de

producción aun no experimentado; la apertura de un nuevo mercado de un país, tanto si el mercado existía como si no; la adopción de una nueva fuente de suministro de materias primas o semi-elaborados tanto si existía (la fuente) como si no, y la implantación de una nueva estructura en un mercado. De acuerdo con la tradición schumpeteriana, el crecimiento económico de los países está íntimamente ligado a la tasa de innovación tecnológica. Los países que han logrado tasas de crecimiento importantes han experimentado una reestructuración de sus aparatos productivos, en los cuales se hace uso de tecnologías más eficientes en sus procesos al mismo tiempo que se incrementa la variedad de productos. Todo esto no solo genera un gran impacto en los mercados nacionales, sino que permite una mayor competitividad en los mercados internacionales.

Para NELSON: es un cambio que requiere un considerable grado de imaginación y constituye una ruptura relativamente profunda con la forma establecida de hacer las cosas y con ello crea fundamentalmente nueva capacidad.

Para DRUCKER: La Innovación es la herramienta específica de los empresarios innovadores; el medio por el cual explotar el cambio como una oportunidad para un negocio diferente. Es la acción de dotar a los recursos con una nueva capacidad de producir riqueza. La Innovación crea un recurso. No existe tal cosa hasta que el hombre encuentra la aplicación de algo natural y entonces la dota de valor económico.

El Manual de Oslo, publicado por el OECD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) se centra en las dos primeras categorías de Schumpeter, distinguiendo entre la Innovación tecnológica de producto y la Innovación tecnológica de proceso. La Innovación de producto implica un producto nuevo o mejorado cuyas características se diferencian de productos anteriores ya sea por el uso de nuevas tecnologías, conocimiento o materiales. La Innovación de proceso es la adopción de métodos de producción nuevos o mejorados, incluyendo métodos de

entrega de productos. El manual de Oslo también distingue entre “nuevo y mejorado” de “insignificante y menor”. Yuri Ijuri y Robert Lawrence Kuhn en su trabajo “New Directions in Creative and Innovative Management: Bridging Theory and Practice”, (1988, Ballinger Publishing) diferencian La Innovación incremental o convencional tiene por objeto mejorar los sistemas ya existentes, haciéndolos mejores, más rápidos y más baratos. A veces se le denomina Innovación de "la demanda del mercado". La Innovación radical, no convencional o disruptiva está más centrada en las nuevas tecnologías, nuevos modelos de negocio y en las empresas de ruptura. A veces se le denomina Innovación de "empuje tecnológico". También incluyen en su texto que la innovación son personas creando valor (comercial) mediante la aplicación de nuevas ideas.

Para el World Economic Forum (WEF) entiende la Innovación como uno de sus doce pilares que configuran la competitividad, definida como “el conjunto de instituciones, políticas y factores que determinan el nivel de productividad de un país”. A pesar de los beneficios sustanciales que se pueden obtener mediante la mejora de instituciones, la construcción de infraestructura, la reducción de la inestabilidad macroeconómica o una mejor formación del capital humano, estos son factores cuyos retornos tienden a ser cada vez menores. A largo plazo, los niveles de vida sólo se pueden mejorar mediante la Innovación, por lo que es particularmente importante para las economías que se acercan a sociedades del conocimiento.

La Atención Primaria de Salud (siglas: AP o APS), según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente:

"Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su

plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad y que está "Compuesta por: 1 despacho para 2 médicos (uno en turno de mañana y otro por la tarde), 1 despacho para 2 enfermeras (una en turno de mañana y otra por la tarde), Recepción / información / administración- Sala de curas / salas específicas: vacunas, de extracciones, etc.- Biblioteca / sala de reuniones, Archivo de historias clínicas- Almacén- Salas especiales: cirugía menor, aulas, trabajadora social, técnicas de salud etc.

Los diferentes niveles de atención primaria deben considerar que en la medida en que las empresas sean capaces de convertirse en generadoras de oportunidades abrirán una brecha que los separa de la competencia; en el grado en que los empresarios puedan descubrir nichos de mercados inexplorados o necesidades aun insatisfechas de la gente, estarán en capacidad de lanzar al mercado productos y servicios exitosos.

Se han identificado innovaciones organizacionales en la recepción de citas de pacientes, en seguimiento de los tratamientos por teléfono, visitas domiciliarias, telemedicina, formación del expediente médico electrónico, historias clínicas computarizadas, entre otros.

Conscientes que una organización innovadora se caracteriza por su capacidad innovadora para canalizar las aportaciones creativas hasta convertirlas en resultados útiles para el mercado en el que se desempeñan es conveniente fomentar las innovaciones. Algunas compañías lo son gracias a su afán de cultivar la innovación en todos los niveles de organización. Los distintos departamentos toman ideas nuevas y las transforman en productos o servicios exitosos que el mercado compra por su originalidad.

Para un proceso general del despliegue de la creatividad incluye la motivación, sentidos, imaginación, inteligencia múltiple, aprendizaje y enseñanza de los usuarios se obtendrá información acerca del desempeño y la innovación para determinar en qué medida los servicios satisfacen sus necesidades y expectativas, por lo tanto será necesario en que los niveles de atención primaria que son el personal de salud que labora, conozca la forma en que sus pacientes evalúan la innovación de los servicios y su atención.

La innovación y la creatividad no son exclusivas de las grandes corporaciones, las pequeñas y mediana empresas pueden capitalizar sus características naturales de enorme flexibilidad, sencillez en la estructura y agilidad en las respuestas a iniciativas de las personas con buenas ideas para mejorar el desempeño del negocio y con ello la preferencia de los pacientes.

Teniendo en cuenta como prioridad la satisfacción del paciente, razón por la cual cada día su meta es la mejora continua a la hora de brindar un servicio adecuado.

El identificar una mejora en la innovación organizacional orientara a tener un mayor beneficio del servicio a favor de los usuarios, además donde el paciente pueda expresar claramente sus preferencias, dudas o sugerencias de manera directa considerando esta como una estrategia de adaptación en la que se intenta reducir las debilidades amenazas y aumentar las oportunidades.

Para desarrollar un modelo de creatividad e innovación aplicable es necesario que tanto los directivos como colaboradores tenga presente que se trata de alcanzar una idea o concepto nuevo.

Para lo cual se diseñara un sistema para monitorear la percepción que tienen los pacientes de la innovación en los servicios que se brinda en los

niveles de atención primaria el sistema que consiste en una combinación de:

- Cuestionarios para los pacientes, estudios (semi cuantitativo) para conocer el nivel de percepción de que tienen los pacientes sobre la innovación.
- Manejo e interpretación de las sugerencias
- Mecanismos de retroalimentación al personal profesional y administrativo, sobre como los pacientes evalúan la innovación de sus servicios

Además de la información acerca de la percepción del usuario sobre la creatividad en que se brindan los servicios, la visión profesional combinada con la perspectiva del usuario, proporcionará datos adicionales a la estrategia de este sistema.

La percepción de los profesionales médicos incidirá en el diseño de innovación de los servicios, en tanto que la percepción del paciente determinara la evaluación de los mismos.

La salud se ha convertido en un indicador tangible del desarrollo de las sociedades y, con ello, de la eficacia con que los gobiernos hacen su trabajo. Ello constituye una reserva de fuerza potencial para el sector, y brinda una base para obtener de la sociedad y de los dirigentes políticos un grado de compromiso que esté en proporción con los retos.

En el contexto nacional se tiene el siguiente antecedente: El miércoles 8 de abril del año 2009 se promulgó la Ley “Marco de Aseguramiento Universal en Salud”. La Ley 29344 tiene como objeto establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento.

Tomando como referencia al contexto de anterior, el presente trabajo de investigación tiene por objeto Analizar la Innovación en la Atención Primaria de Salud y como este influye en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

Con la presente investigación se busca responde a la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es la Innovación en la Atención Primaria de Salud y como este influye en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016?

1.2 Formulación del problema.

1.2.1 Problema general.

¿Cuál es la Innovación en la Atención Primaria de Salud y como este influye en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016?

1.2.2 Problemas específicos.

PE₁. ¿Cómo la implementación de la Función de agencia en la Atención Primaria de Salud se asocia a la Organización y gestión óptima y Atención integral e integrada dentro del Marco legal e institucional, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016?

PE₂. ¿Cómo la implementación de la Función de coordinación y garantía de continuidad en la Atención Primaria de Salud se asocia a la Orientación familiar y comunitaria, las Políticas y programas pro equidad, las Acciones intersectoriales, Recursos adecuados y sostenibles y los Mecanismos activos de participación, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016?

PE₃. ¿Cómo la implementación de la Función de Función de regulación de flujos de pacientes en la Atención Primaria de Salud se asocia al Énfasis en la promoción y prevención, la Atención apropiada, al Primer contacto y al Acceso y cobertura universal, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016?

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo General.

Analizar la Innovación en la Atención Primaria de Salud y como este influye en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

1.3.2 Objetivos Específicos.

OE₁. Determinar el grado de implementación y la asociación que existe entre de la Función de agencia en la Atención Primaria de Salud y la Organización y la gestión óptima y Atención integral e integrada dentro del Marco legal e institucional, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

OE₂. Determinar el grado de implementación y la asociación que existe entre la Función de coordinación y garantía de continuidad en la Atención Primaria de Salud y la Orientación familiar y comunitaria, las Políticas y programas pro equidad, las Acciones intersectoriales, Recursos adecuados y sostenibles y los Mecanismos activos de participación, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

OE₃. Determinar el grado de implementación y la asociación que existe entre la Función de regulación de flujos de pacientes en la Atención Primaria de Salud y el Énfasis en la promoción y

prevención, la Atención apropiada, al Primer contacto y al Acceso y cobertura universal, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

1.4 Hipótesis y/o sistema de hipótesis.

1.4.1 Hipótesis General.

H₀: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel bajo de Innovación en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

H_i: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto de Innovación en la Atención Primaria de Salud y esto garantiza la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

1.4.2 Hipótesis Específicos.

H₀₁: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel bajo en la implementación de la Función de agencia en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Organización y gestión óptima y Atención integral e integrada dentro del Marco legal e institucional, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

H_{i1}: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto en la implementación de la Función de agencia en la Atención Primaria de Salud y esto garantiza la Organización y gestión óptima y Atención integral e integrada dentro del Marco legal e institucional, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

H₀₂: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel bajo en la implementación de la Función de coordinación y garantía

de continuidad en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Orientación familiar y comunitaria, las Políticas y programas pro equidad, las Acciones intersectoriales, Recursos adecuados y sostenibles y los Mecanismos activos de participación, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

H₁₂: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto en la implementación de la Función de coordinación y garantía de continuidad en la Atención Primaria de Salud y esto garantiza la Orientación familiar y comunitaria, las Políticas y programas pro equidad, las Acciones intersectoriales, Recursos adecuados y sostenibles y los Mecanismos activos de participación, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

H₀₃: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto en la implementación de la Función de regulación de flujos de pacientes en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Énfasis en la promoción y prevención, la Atención apropiada, al Primer contacto y al Acceso y cobertura universal, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

H₁₃: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto en la implementación de la Función de regulación de flujos de pacientes en la Atención Primaria de Salud y esto garantiza el Énfasis en la promoción y prevención, la Atención apropiada, al Primer contacto y al Acceso y cobertura universal, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

1.5 Variables.

1.5.1 Variables Independientes

INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, que la constituyen las siguientes subvariables:

- FUNCIÓN DE AGENCIA
- FUNCIÓN DE COORDINACIÓN Y GARANTÍA DE CONTINUIDAD
- FUNCIÓN DE REGULACIÓN DE FLUJOS DE PACIENTES

1.5.2 Variables Dependientes

SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, que está constituida por las siguientes subvariables:

- ACCESO Y COBERTURA UNIVERSAL
- ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA
- ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
- ATENCIÓN APROPIADA
- ORIENTACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA
- MECANISMOS ACTIVOS DE PARTICIPACIÓN
- MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL
- ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN ÓPTIMAS
- POLÍTICAS Y PROGRAMAS PRO EQUIDAD
- PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE
- RECURSOS HUMANOS APROPIADOS
- RECURSOS ADECUADOS Y SOSTENIBLES
- ACCIONES INTERSECTORIALES

1.5.3 Operacionalización de Variables

VARIABLES		DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
V. Independiente (X)	INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	Un sistema basado en la APS implica un enfoque amplio construido sobre la base de las lecciones aprendidas y la identificación de valores esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población; principios que otorgan los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos y para la operación del sistema de salud;	La renovación de la APS debe de contribuir a los esfuerzos que todos los países están realizando en los procesos de cambio para fortalecer los Sistemas de Salud y hacer realidad la consecución de los objetivos de salud (ODM, la iniciativa 3x5, etc.) globales, regionales, nacionales locales, la OPS invita a entender la renovación de la APS como parte integral del desarrollo de los Sistemas de Salud y a dejar claro que el camino más adecuado para producir mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas es basar los Sistemas de Salud en la APS.	FUNCIÓN DE AGENCIA	Se trabajará con el 100 % (60) de los trabajadores involucrados en la atención de los establecimientos de salud de Fraternidad de Huaycan,, Santa Clara, Centro Materno Infantil de Santa Anita . Unidad de análisis.- Personal profesional y técnico sujeto a estudio	Técnica: Encuesta. Entrevista Instrumento: Cuestionario Fichas
				FUNCIÓN DE COORDINACIÓN Y GARANTÍA DE CONTINUIDAD		
				FUNCIÓN DE REGULACIÓN DE FLUJOS DE PACIENTES		

		elementos que en un Sistema de Salud basados en la APS son los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios.				
V. Independiente (X)	SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	Los inevitables incrementos de los costos y las tensiones que sufren los sistemas de salud, obligan a buscar mecanismos que garanticen la máxima eficiencia posible y la sostenibilidad del sistema de salud en el tiempo. El primer aspecto de la sostenibilidad en salud estará dado por la búsqueda de un espacio compartido que	La garantía de la calidad en salud hace énfasis en la evaluación desde fuera de la ejecución, o sea una persona o equipo de personas valora la intervención o el proceso realizado por otra persona o equipo de personas. El que evalúa y el que es evaluado pueden pertenecer o no a la misma organización. Este enfoque dio origen a diferentes comités de calidad, tales como el de fallecidos, el de historias clínicas o el de infecciones,	ACCESO Y COBERTURA UNIVERSAL		
				ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA		
				ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN		
				ATENCIÓN APROPIADA		
				ORIENTACIÓN FAM Y COMUNITARIA		
				MECANISMOS ACTIVOS PARTIC		
				MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL		
				ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN ÓPTIMAS		
				POLÍTICAS, PROG PRO EQUIDAD		
				PRIMER CONTACTO		
RECURSOS HUMANOS APROPIADOS						
RECURSOS ADECUADOS Y SOSTENIBLES						

		<p>equilibre los intereses públicos y privados para que ambos compartan riesgos, oportunidades y responsabilidades en salud. No se puede continuar pensando que el Estado debe financiarlo y proveerlo todo en salud.</p>	<p>así como a las auditorías médicas y a las organizaciones especializadas en revisiones profesionales en el campo de los servicios médicos.</p>	<p>ACCIONES INTERSECTORIALES</p>		
--	--	---	--	----------------------------------	--	--

1.6 Justificación e importancia

1.6.1 Justificación

Las innovaciones en el campo de la telemedicina hará que se desarrollen el diagnóstico, la monitorización y el tratamiento de los problemas de salud crónicos en el domicilio del paciente creándose redes de actores en el campo sociomédico que operarán en escenarios extramuros con el apoyo de las mencionadas tecnologías, y estos temas requieren complementar con la sostenibilidad de los establecimientos de salud, de ahí la justificación de nuestro estudio.

Recientemente en el Reino Unido, Alemania y Austria se han tratado sobre el futuro de la innovación tecnológica en medicina y asistencia sanitaria en investigaciones sobre el cerebro, el cáncer y los órganos y tejidos; desde esta perspectiva sociomédica, los futuros cambios organizativos en la atención a ancianos y enfermos crónicos reciben una atención especial. La innovación tecnológica tenderá sobre fármacos, y la innovación organizativa sobre el rediseño de los servicios sociomédicos.

La investigación en cáncer es la más relevante, el envejecimiento de la sociedad empujará la investigación en el origen, la prevención y el tratamiento de enfermedades como la demencia y el Alzheimer, en tejidos y órganos, asistiremos a sustituciones artificiales a través de la autorreproducción, en células y tejidos propios o materiales biocompatibles y en ingeniería genética tendrá una gran apertura.

Consiente de esta realidad la presente investigación busca responder a la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es la Innovación en la Atención Primaria de Salud y como este influye en

la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016?

1.6.2 Importancia

El presente trabajo de investigación es muy importante por lo siguiente:

La finalidad de este estudio fue conocer de cerca e Identificar el nivel de la Innovación aplicada en la Atención Primaria de Salud en cada establecimiento en estudio como: Nivel 1-2 Establecimiento de salud Fraternidad de Huaycan, Nivel 1-3 Establecimiento de salud Santa Clara, Nivel 1- 4 Centro Materno Infantil de Santa Anita en el año 2016.

La Innovación en la Atención Primaria de Salud permitirá que los médicos dediquen más tiempo a informar a los pacientes, y que éstos participe en las decisiones clínicas para producir cambios en las estructuras organizativas y en las estrategias cooperativas que facilite la vida diaria y con nuevos medicamentos que serán probados en ancianos voluntarios, esta revolución está basada en la información, como expresión del conocimiento humano, y dota a la inteligencia humana de nuevas e ingentes capacidades, lo que constituye un recurso que altera nuestro modo de trabajar y de convivir.

Los resultados se presentaran a la Unidad Ejecutora que dependen dichos establecimientos de salud, para la toma de decisión y mejora con una adecuada implementación del sistema adecuado de innovación, en cuanto a la Atención Primaria de Salud.

1.7 Viabilidad

Es viable el estudio por cuanto, la información requerida y presentada a las instituciones ha sido obtenida exclusivamente en el mismo campo de estudio, que se ha constituido nuestra fuente directa del enriquecimiento para proponer mejores cambios que permitan alcanzar las metas propuestas, asimismo los recursos para la evaluación han estado al alcance del investigador.

1.8 Limitaciones

Las limitantes de la presente investigación son las siguientes:

En principio, se han planteado algunas interrogantes que determinan los objetivos del estudio a fin de Identificar la Innovación aplicada en la Atención Primaria de Salud en los diferentes niveles de atención de la Red Lima Este Metropolitana. Nivel 1-2 Establecimiento de salud Fraternidad de Huaycan, Nivel 1-3 Establecimiento de salud Santa Clara, Nivel 1- 4 Centro Materno Infantil de Santa Anita en el año 2016, pero de una manera limitativa dado a que el termino “innovaciones” es compleja en el espacio tiempo, y en su estructura y organización por los cambios permanentes en el ámbito de la calidad de Atención Primaria de Salud en los diferentes niveles de atención de la Red Lima Este Metropolitana. Nivel 1-2.

Por último, no se presentaron limitaciones presupuestarias, legales, ni de otra índole.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.

A Nivel Internacional

(Giraldo Osorio & Vélez Álvarez, 2014) **Publico el artículo “La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios”**

Objetivos: Identificar las características del desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de los usuarios y los factores que se relacionan con la utilización de los servicios; **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, mixto. Muestra 393 usuarios beneficiarios de la estrategia. La selección de la muestra se realizó según criterios establecidos. Se utilizaron el grupo focal y la encuesta. La información fue categorizada y procesada en el SPSS 15.0; **Resultados:** La edad promedio fue 37.62 años. Las principales razones para solicitar una atención fueron recuperarse y prevenir la enfermedad. La edad se asoció significativamente con recuperarse como una razón para solicitar una atención $p < 0.05$, el máximo nivel de estudios presentó asociación estadísticamente significativa con recuperarse como una razón para solicitar una atención $p < 0.05$ y la percepción del estado de salud se asoció con la satisfacción con la última atención que se le ofreció o solicitó $p < 0.05$; **Conclusiones:** Las actividades estaban dirigidas a grupos prioritarios. Los medios por los cuales los usuarios se beneficiaron del servicio fueron visita familiar, jornada de salud, unidad móvil y reuniones comunitarias. Los factores que se relacionaron con la utilización de los servicios fueron edad, género, accesibilidad geográfica, satisfacción con la última atención recibida, percepción del estado de salud y recuperarse como una razón para solicitar una atención.

SANIDAD (España, 2007) En “**Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012**”, se destaca lo siguiente:

El Sistema Nacional de Salud se basa en el derecho constitucional a la protección de la salud, que fue desarrollado en la Ley General de Sanidad de 1986. Al mismo

tiempo e inspirándose en la Declaración de Alma Ata, comenzó la reforma y desarrollo de la Atención Primaria de Salud, iniciada con la aprobación del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, de Estructuras Básicas de Salud, que definió y sentó las bases de la actual red de Atención Primaria.

Con la reforma se consiguió acercar los servicios básicos sanitarios a toda la población con la construcción de nuevos centros de salud, la incorporación a ellos de Médicos de Familia, Pediatras y Enfermeras con muy buenos niveles de formación, implantando el trabajo en equipo, incrementando el tiempo de consulta, la cartera de servicios e incorporando programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades a la actividad asistencial.

Han transcurrido más de 20 años y se puede decir que la Atención Primaria en España es una de las mejores del mundo. No obstante, van apareciendo nuevos retos planteados a la Atención Primaria y al Sistema Nacional de Salud en su conjunto, como es el progresivo crecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas, el aumento en las cargas de trabajo de los profesionales, la necesidad de mejorar la coordinación asistencial, las nuevas tecnologías, etc. Además, la II Conferencia de Presidentes, de septiembre de 2005, incluyó entre sus acuerdos, la necesidad de «aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la Atención Primaria».

(Bruno Rubio, Bustamante Llinás, & Jiménez Hamburguen, 2015) **Objetivo:** Determinar conocimiento, actividades y barreras en atención primaria en salud en profesionales de enfermería del nivel de atención básico en Barranquilla.

Materiales y métodos: Estudio transversal. Participaron 79 sujetos claves representativos que laboran en el primer nivel en instituciones públicas y privadas de salud de Barranquilla.

Instrumentos: encuesta ad hoc. Los datos se analizaron en SPSS versión 21 en español. Se realizó análisis descriptivo. Los participantes firmaron consentimiento informado.

Resultados: El 64,6 % presentó un conocimiento no aceptable con relación a APS (4,8/8,0 puntos posibles), y se observó que solo el 2,6 % logró una mejor puntuación (6/8 puntos). A medida que se avanza en experiencia laboral (más de 3 años) se incrementa el conocimiento ($p=0,05$). No se observaron diferencias en el conocimiento de acuerdo con el área de desempeño, nivel de formación y la edad. La mediana y frecuencia modal de barreras identificadas fue de 9/14; de ellas se desconoce el papel de políticas y aspectos administrativos relacionados con implementación, gestión y evaluación de la atención primaria en salud. Se observan debilidades en actividades de promoción, prevención, vigilancia epidemiológica y control ambiental

Conclusión: El nivel de conocimiento demuestra la necesidad de capacitación, movilización y empoderamiento con respecto a la atención primaria en salud para el profesional de enfermería. El desconocimiento de aspectos inherentes a política, planificación y gestión en APS dificulta la puesta en marcha de la misma en el territorio, lo cual obstaculiza el posicionamiento y rol de la enfermería en atención primaria

La Organización Panamericana de la Salud, (Washington, 2008), en “Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS”, se hace referencia a lo siguiente:

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población. Así mismo, las experiencias acumuladas tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo han demostrado que la APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales. Por otra parte, los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos producidos desde la celebración de la Conferencia de Alma Ata acarrearán la necesidad de una revisión profunda de la estrategia de APS para que pueda dar respuesta a las necesidades en salud y desarrollo de la población en el mundo.

Ávalos (México, 2010), En “La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas”, Concluye en lo siguiente:

La evaluación de la calidad de la atención médica se ajusta plenamente a todo lo señalado anteriormente con respecto a la conceptualización de la evaluación y a su papel en el campo de la gerencia. Lo distinto es su capacidad para adaptarse a las particularidades de los sistemas, procesos e instituciones de salud, a lo cual se ha hecho referencia anteriormente.

Lo que ha sucedido históricamente, igual que en otros sectores, es que durante muchos años, los sistemas y métodos que se ocupaban de la calidad en salud, se concentraban más en la evaluación que en la mejora, por lo que incluso mucho de ellos son conocidos simplemente como sistemas de evaluación de la calidad en salud. Esta situación cambió radicalmente a partir de la introducción del control de calidad total y del mejoramiento continuo de la calidad.

A Nivel Nacional

(Arroyo & Pastor Goyzueta, 2013) Objetivo. Tomando como referencia los resultados logrados hasta el momento por el Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL) en Perú, el presente trabajo tuvo como objetivo analizar su contribución a la innovación de modelos de organización en la provisión de servicios de salud. Métodos. Se evaluaron los indicadores de desempeño de SISOL, contrastándolos con los de otros modelos de prestación sanitaria del país, con base en datos de una encuesta a 4 570 usuarios de SISOL efectuada en el último trimestre del 2011, en las Encuestas Nacionales de Hogares de los años 2003 a 2011 e información estadística del Ministerio de Salud y el Seguro Social peruanos. Resultados. El estudio arrojó resultados positivos para SISOL en términos de crecimiento de la demanda atendida en Lima, la productividad de consultas por recurso humano y los niveles de satisfacción de los usuarios. Tales resultados se explican por a) la presencia de especialistas en el primer nivel de atención; b) una estructura público-privada innovadora, diferente de la tercerización, y c) un sistema de incentivos basado en la gestión de riesgos

compartidos. Conclusiones. Los resultados apoyan la necesidad de renovar la atención primaria en salud, en particular para las zonas urbanas, corrigiendo el innecesario escalonamiento que predomina en la actualidad. Muestran además la posibilidad de alianzas público-privadas sinérgicas, donde ambos sectores compartan riesgos y actúen colaborativamente en un solo sistema de servicios. Por último, los resultados convocan a la articulación de la atención primaria en los modelos segmentados

En el Perú, el concepto de sistema de innovación ha sido aceptado y está guiando la formulación de políticas. (1) Es así que se ha formulado un Plan Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, en el cual uno de los ejes centrales es el fortalecimiento de este sistema.(2) Asimismo, las actividades de varias instituciones públicas y universidades están dirigidas a lograr una mayor interacción con otros agentes del sistema como las empresas y el Estado. (3) El Perú siempre se caracterizó por un estilo de cambio organizacional muy incremental, en base a meso-reformas sin una visión sistémica, copiando modas y discursos, estilo al que se denominó como “reformas silenciosas” (4).Pero en esta primera década del siglo XXI en el Perú se han revisado y anulado incluso las meso-reformas anteriores, sin que se desarrolle ninguna reforma importante del sector público de servicios .(5) El sistema nacional de salud del Perú se estructura por eso, ahora, como estaba antes de los intentos de reforma, con los cuatro subsectores prestadores clásicos de servicios: el Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social (ESSALUD), el subsector privado de clínicas y seguros y los sistemas sanitarios de las Fuerzas Armadas y Policiales.(6) Los dos sistemas prestadores más grandes son el MINSA y ESSALUD.(1) Esta reforma práctica en salud mueve evidentemente a repensar los paradigmas que han bloqueado el aggiornamento de las instituciones pública del sector salud peruano, que atañen a un debate internacional sobre atención primaria, asociaciones público-privadas e innovaciones organizacionales en el campo de los servicios(7,8,9).

Las características diferenciales que se usan en la atención primaria en salud está basado en un nuevo perfil del demandante urbano de atención de salud que corresponden a un modelo organizacional, que integra tres características: 1) una atención primaria urbana de médicos especialistas; 2) una estructura público-privada sui géneris, diferente de la tercerización; y 3) un sistema de incentivos basado en el autofinanciamiento y la cogestión de riesgos financieros entre el sector público y los micro-empresarios médicos.(10,11)

En el Perú hay niveles de atención y dentro de cada nivel hay varios subniveles. (12) Se supone deben funcionar las referencias o derivaciones de pacientes del primer nivel a los niveles superiores, así como las contrarreferencias, o “devoluciones” de los pacientes que se saltaron los escalones y fueron directamente a los hospitales o establecimientos de mayor complejidad.(13) Lamentablemente en el sistema de salud peruano esto nunca ha funcionado.(14) La población urbana incurre en lo que la literatura internacional denomina “bypasses” de los niveles de atención y acude sin diferenciación alguna a los puestos, centros de salud y hospitales del Ministerio de Salud y estos últimos dan consulta ambulatoria de todo tipo.(15) No existe un sistema de registro de la población por circunscripciones o establecimientos ni de historias clínicas que permita las derivaciones en uno u otro sentido.(16) Las normas son rígidas y las categorías de los establecimientos son bastante detalladas, pero no tienen vigencia.(17) En este nuevo modelo de innovación organizacional se debe de añadir un enlace con las redes del MINSA para complementarse en las tareas de prevención, promoción, curación y rehabilitación, y apoyar la atención a pacientes del seguro público.(18)

De esta forma la integralidad se podría conseguir por la vía de la complementación inter-institucional, en los modelos sectoriales de proveedores múltiples. (19)

La segunda característica debe de ser basada en un modelo público-privado, en que la provisión está en manos de microempresas médicas y la administración y conducción en manos del estado, pero dentro de cada

establecimiento.(20) El tipo de alianza público privada debe de ser diferente al de la tercerización o concesión de servicios públicos a privados, pues en este caso las empresas privadas son parte del establecimiento y operan bajo la conducción pública del nosocomio, lo que corrige las asimetrías de información propias de los modelos basados en la teoría principal-agente, permitiendo “acuerdos de riesgo.(21)

La tercera característica central es el autofinanciamiento, en el cual se dependerá de sus ingresos por consulta y servicios intermedios, a diferencia de los organismos públicos clásicos, que dependen de las transferencias del tesoro público. (22)

Para la atención primaria es una oportunidad para rediscutir lo que ha denominado como APS en contextos de sistemas de salud segmentados.(23) Hay una vasta literatura en favor de los sistemas integrados o articulados, por permitir una eficiencia y efectividad sistémicas.(24) Igualmente en favor de los equipos de salud de familia brasileños o de los médicos de familia cubanos o de los “general practitioners” ingleses, diferentes denominaciones para el primer nivel de atención como puerta de entrada del sistema, en tanto permiten la continuidad o seguimiento de los problemas de salud, y a la vez la longitudinalidad o seguimiento de las personas en su ciclo de vida.(25) Pero poco se ha tratado la construcción de la APS(Atención Primaria Salud) en los sistemas segmentados con reformas incompletas e híbridas, que es más compleja que la APS(Atención Primaria Salud) en los sectores con sistemas públicos fuertes, porque, como muestra el caso peruano, no sólo no hay la “APS integral” sino formas dispersas de la “APS selectiva”.(26) Por lo general en estos países se desplaza el énfasis de la APS(Atención Primaria Salud) como nivel de atención a la APS como estrategia, coexistiendo diversas puertas de entrada al sistema, subsectores con énfasis diferentes sobre sus modelos de atención y programas puntuales de refuerzo del primer nivel en algunos subsectores o instituciones prestadoras.(27)

El Perú existen niveles de atención y subniveles.(28) Conviven así la fragmentación y desorden con teorías rígidamente burocráticas de sistemas de atención bastante escalonados, con múltiples subniveles y flujos complejos de pacientes, que nunca se dan en la realidad.(29) Esto exige repensar las referencias y contrarreferencias para situaciones de débil coordinación, que es la mayoritaria en el continente, para que dejen de ser ficticias.(30) La literatura internacional hace tiempo advirtió y estudió el fenómeno del “bypass poblacional” a los niveles de atención.(31) Few, Harpham y Atkinson anotaron la tendencia de los usuarios a ir directamente a los hospitales, sobre todo en las zonas urbanas, donde había una concentración espacial de los servicios.(32) Akin y Hutchinson advirtieron, en base a un estudio en Sri Lanka, que si los pacientes pobres con enfermedades leves buscaban establecimientos privados caros podría deberse a la necesidad de mejoras en el sector público.(33)

Kruk et al fue más allá de los casos urbanos y estudiaron en el medio rural a las mujeres usuarias de servicios de salud que no fueron a los establecimientos más cercanos y apareció de nuevo como una de las causas del bypass su preocupación por la calidad de los servicios públicos.(34) Ortún y Gervás señalan una pista para una solución cuando hablan de la “atención médica primaria” como un modelo que no es el de médicos generales o de familia, pero que conceptúan como “una parte – no una interpretación restrictiva de la atención primaria de salud”.(35)

Si el médico general es el gatekeeper, generalistas y especialistas podrían estar en un único primer nivel, en las grandes ciudades, existiendo policlínicos en el primer nivel y hospitales en el segundo. (36) El triaje intra-establecimientos podía ayudar a resolver los problemas de eficiencia y efectividad.(37)

Lo que se debe de buscar es una fórmula para no cargar a los usuarios urbanos con mayores tiempos de transporte y espera y al final a la sociedad toda con mayores costos de transacción desafía la versión de la APS(Atención Primaria Salud) en circulación en el Perú y en algunos países latinoamericanos, que no mantiene el énfasis flexible y social del modelo original sino el espíritu

jerárquico del modelo burocrático.(38) Evidentemente, para que el modelo de atención especializada innovadora en el primer nivel sean mejor aprovechados para una efectividad sistémica se requiere un entorno sectorial que organice la complementariedad inter-institucional y el encadenamiento promoción-prevención curación-rehabilitación.(39)

Se debe de convocar así a imaginar formas de articulación funcional en los modelos segmentados, en paralelo a las propuestas de articulación estructural.(40) Este desafío requiere regulaciones y sectores salud con tejidos de convenios y contratos, como afirma Sojo.(41)Sólo con este ensamble de proveedores con modelos de atención diferentes, que tienen piezas de la integralidad, podría aminorarse las ineficiencias sistémicas y establecerse, ahí sí, el flujo correcto de pacientes, con mayor razón ahora que ingresamos a la era de la telemedicina y de las historias clínicas electrónicas.(42) Evidentemente este clima de adhesión rápida a los discursos de innovación, pero sin innovación, ha llevado a una franja de investigadores a abogar por una mayor consistencia teórica.(43)

Lo evidente es que nuestro medio ha demostrado ser muy propenso a este estilo de innovación no sostenible, eco de giros pasajeros. (44) Es más, las instituciones en situación inercial, el caso de las entidades públicas en salud en el Perú, no se oponen abiertamente a las novedades. (45)

Considerando que los distintos niveles de atención primaria son las principales responsables del proceso de innovación, es importante poner atención a las capacidades tecnológicas de producción, de mejoramiento y de innovación que ellas poseen. (46)

Finalmente, por el lado de la formación de recursos humanos, se tiene la percepción de que los médicos graduados universitarios poseen una buena formación, pero que su entrenamiento en la solución de problemas prácticos es limitado. (47) Asimismo, no hay una política ni incentivos para la formación de investigadores. (48)

En el artículo denominado “las barreras del investigación mas desarrollo y innovacion (I+D+i) en las propias empresas del sector”, realizado por la Universidad Politécnica de Cataluña, se ofrece un enfoque general de la investigación desarrollo e innovación, en los diferentes sectores empresariales y en el ámbito nacional. Da un especial énfasis a las carencias y a los procesos de transferencia dentro de los diferentes agentes del tejido empresarial del sector de la construcción y universidades ofreciendo la imagen actual y un escenario de futuro de mejora. (Díaz y Sancho, 2008).82

Otra investigación de importancia es el documento “Emprendimiento e Innovación en Colombia: ¿Qué nos está haciendo falta?” Realizado por Rafael Vesga de la Universidad de los Andes, el cual desarrolla un marco conceptual que permite visualizar cómo interactúan las principales variables que determinan la innovación en los tres niveles del contexto macro, las organizaciones y los individuos. Se presenta también información sobre el caso colombiano respecto a los tres niveles de análisis, con el objetivo de sintetizar un primer diagnóstico de la situación en el país en esta materia e identificar unas prioridades para la acción. (Vesga, 2009).

También se cita a T. García y E. Mulero (2007), en su investigación Medida de los factores claves del éxito de la I+D; el constructo y sus dimensiones, este trabajo es la propuesta de medida del constructo «Factores claves del éxito de la I+D» basándose en la Teoría de Recursos y Capacidades (TRC). Según esta teoría, el éxito de la I+D puede definirse como el incremento de ventajas competitivas para las empresas a través de la generación de valor de sus actividades de I+D. Partiendo de esta definición, desarrollaremos el constructo y sus dimensiones, determinando las variables predictoras de generación de valor y de rentas para las empresas basándonos en los recursos y capacidades de la I+D. La metodología empleada en el trabajo anterior se basó en el análisis de la validez de contenido de constructo, dentro del marco de análisis de la validación de escalas o constructos. El resultado ha sido el diseño de un instrumento que

permitirá a las empresas predecir la generación de ventajas competitivas en el futuro en el marco de sus políticas de I+D

El estudio sobre Procesos de Innovación y Competitividad en las Pymes Colombianas del Sector Cosméticos frente a Procesos de Internacionalización de Angel y Comas (2008), detectó que el mundo globalizado necesita empresas con altos grados de innovación que generen valor agregado, en términos de potencial exportador las Pymes colombianas deben buscar un factor diferenciador que las haga más competitivas y generar crecimiento no solo para estas empresas sino para el país.

2.2 Bases teóricas.

2.2.1 Sistemas de salud basados en la APS

La nueva definición de APS, sigue siendo la misma que la de Alma Ata, pero se enfoca sobre todo el conjunto del Sistema de Salud incluyendo los diferentes sectores, públicos, privados con y sin fines de lucro y es aplicable a todos los países. Igualmente, descarta la idea de que la APS sea definida por tipos específicos de personal de salud, puesto que los equipos que trabajan en la APS deben de definirse de acuerdo a recursos disponibles, preferencias culturales y la evidencia.

Cada país deberá desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, de acuerdo a sus recursos, circunstancias políticas, capacidad administrativa y a su propio Desarrollo Nacional de Salud.

Un sistema basado en la APS implica un enfoque amplio construido sobre la base de las lecciones aprendidas y la identificación de valores esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población; principios que otorgan

los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos y para la operación del sistema de salud; elementos que en un Sistema de Salud basados en la APS son los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios.

A nivel mundial la atención primaria en salud y la falta de innovación se vea afectada por los siguientes factores

Atención inversa. Las personas con más medios – cuyas necesidades de atención sanitaria casi siempre son menores – son las que más atención consumen, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos consumen. El gasto público en servicios de salud suele beneficiar más a los ricos que a los pobres en todos los países, ya sean de ingresos altos o bajos.

Atención empobrecedora. Cuando la población carece de protección social y suele tener que pagar la atención de su propio bolsillo en los puntos de prestación de servicios, puede verse enfrentada a gastos catastróficos. Más de 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años por verse obligadas a costear la atención sanitaria.

Atención fragmentada y en proceso de fragmentación. La excesiva especialización de los proveedores de atención de salud y la excesiva focalización de muchos programas de control de enfermedades impiden que se adopte un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias atendidas y que se comprenda la necesidad de la continuidad asistencial. Los servicios que prestan atención sanitaria a los pobres y los grupos marginados casi siempre están muy fragmentados y sufren una gran falta de

recursos; por otra parte, la ayuda al desarrollo a menudo acentúa esa fragmentación. Atención peligrosa. Cuando los sistemas no están diseñados adecuadamente y no garantizan las condiciones de seguridad e higiene necesarias, se registran unas tasas altas de infecciones nosocomiales y se producen errores en la administración de medicamentos y otros efectos negativos evitables, que constituyen una causa subestimada de mortalidad y mala salud.

Orientación inadecuada de la atención. La asignación de recursos se concentra en los servicios curativos, que son muy costosos, pasando por alto las posibilidades que ofrecen las actividades de prevención primaria y promoción de la salud de prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad. Al mismo tiempo, el sector de la salud carece de los conocimientos necesarios para mitigar las repercusiones negativas en la salud desde otros sectores y aprovechar todo lo que esos otros sectores puedan aportar a la salud.

Es importante mencionar los aportes de Schumpeter (1934) en la construcción de una teoría del Desarrollo económico fundamentada en los procesos de innovación y desarrollo Tecnológico y en el cambio socio-cultural. Este Autor sentó las bases de la teoría de la innovación y es reconocido por su trabajo del ciclo de negocios y establece su teoría con base en: las innovaciones, el papel del empresario emprendedor, la aparición de emprendedores en masa, productos e industrias. Schumpeter, reabrió una línea importante de investigación económica desarrollada principalmente por Adams Smith, David Ricardo y Marx sobre el tema del desarrollo económico introdujo en esta propuesta, dos conceptos que han tenido gran impacto: la innovación como causa del Desarrollo y el empresario

innovador como productor de los procesos de innovación. (Montoya, 2004). 91

Según Drucker (1988) un referente en este campo, la innovación es la acción de dotar a los recursos con una nueva capacidad de producir riqueza; así como también dice que cualquier cambio en el potencial productor de riqueza ya existente también es innovación.

En el Manual de Oslo (2005) una innovación es la introducción de un nuevo o significativamente mejorado producto, de un proceso o de un nuevo método de comercialización o de un nuevo método organizativo de las prácticas internas de la empresa, o las relaciones exteriores. (OCDE y EUROSTAT, 2005) En estos casos, las innovaciones tecnológicas se refieren al producto y al proceso (innovaciones TPP), entendiendo la innovación como la creación de nuevos productos o servicios o la mejora de las características, prestaciones y calidad de los existentes. La innovación de proceso supone la introducción de nuevos procesos de producción o la modificación de los ya existentes, su objetivo principal es la reducción de costos. (Hidalgo, León, Pavón, 2002). El objetivo del Manual de Oslo es proporcionar las pautas para la recopilación y la interpretación de los datos sobre innovación, así como para dar respuesta a las distintas aplicaciones de éstos.

Finalmente desde esta perspectiva Drucker (1986) explicitó que la innovación, significa la exploración de 7 áreas en busca de la oportunidad de innovar, estas áreas o funciones son: lo inesperado, lo incongruente, la necesidad de un proceso, el desmoronamiento, los cambios en la población, los cambios en la percepción y la cultura y los nuevos conocimientos. (Hidalgo et al 2002)

En resumen se considera que la innovación es una actividad compleja y diversificada donde intervienen muchos componentes

que interactúan como fuentes de las nuevas ideas; es un aspecto más de la estrategia empresarial y por lo tanto forma parte del sistema de inversión de las empresas; no obstante la innovación debe afrontarse como un proceso sistémico enfocado a la búsqueda organizada de cambios y al análisis de las oportunidades que estos pueden ofrecer solo así se podremos disminuir la mortalidades en el país en cuanto a salud se refiere utilizar como ejemplo la telemedicina, disminuir desnutrición infantil, tuberculosis, cirugía robótica, rehabilitación cardiovascular dirigido por telemedicina, Tecnología sencilla para agentes de salud voluntarios no profesionales de las comunidades, Focalización en un número reducido de enfermedades, principalmente infecciosas y agudas además de la intervenciones de la articulaciones de la universidad estado y empresa.

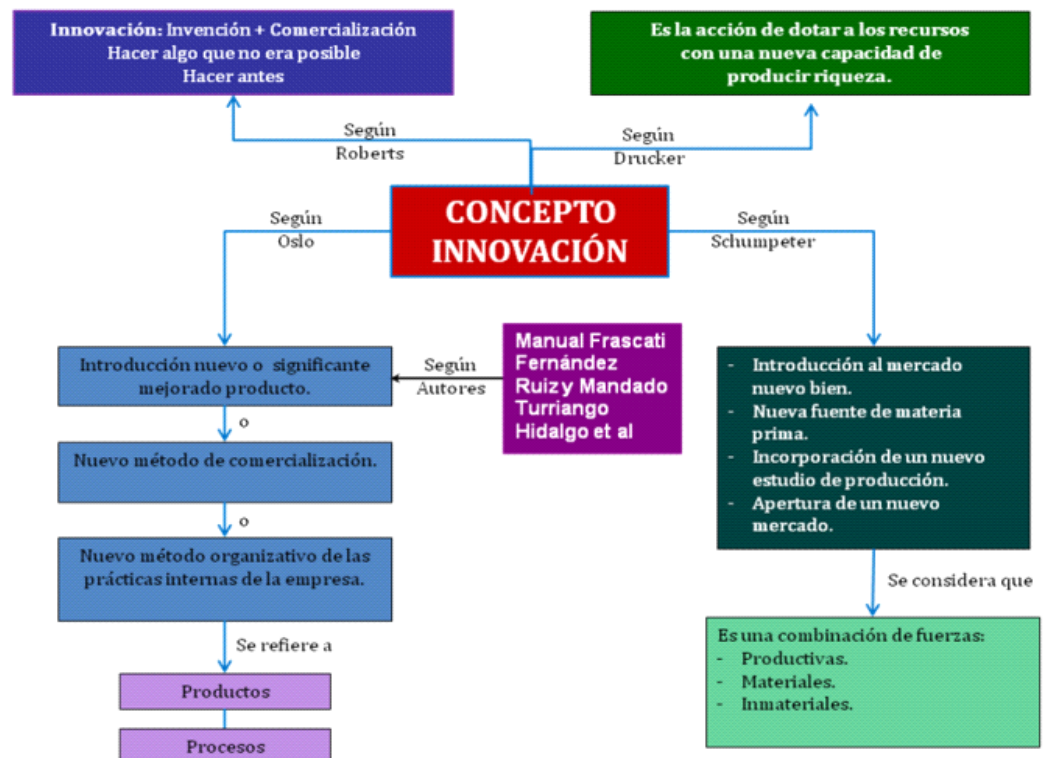


Figura N° 1-A: Concepto Innovación, Desarrollo de nuevos productos o perfeccionados

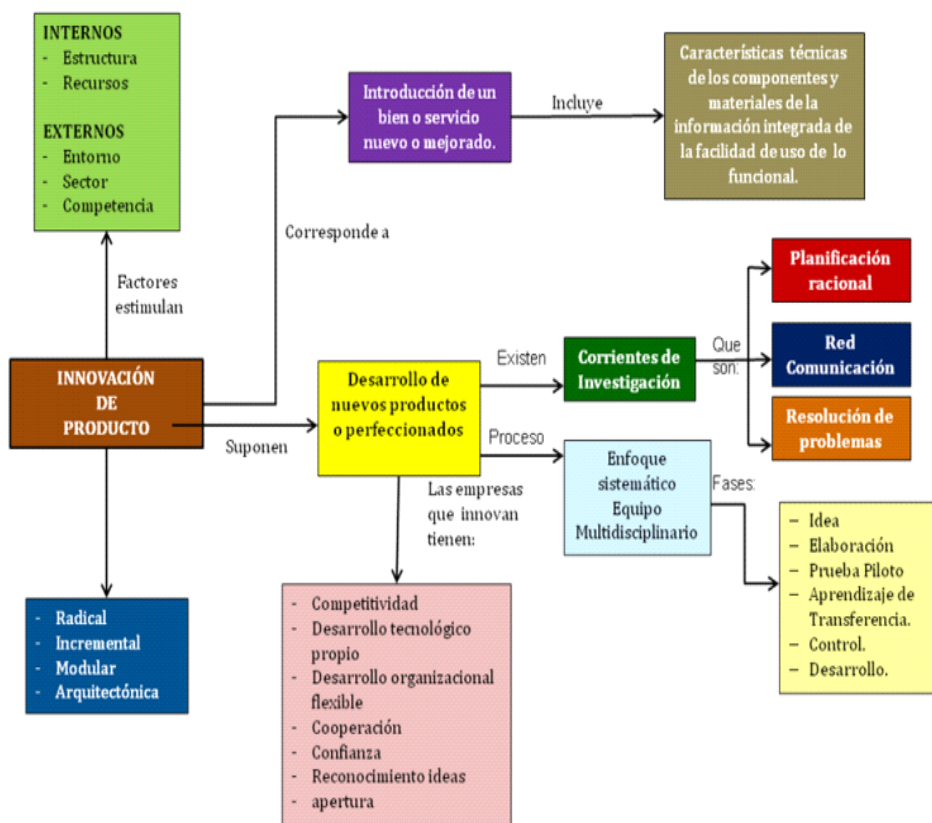


Figura N° 1-B: Concepto Innovación, Desarrollo de nuevos productos o perfeccionados

La Atención Primaria de Salud (siglas: AP o APS), según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente: "Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función

central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

"Compuesta por: 1 despacho para médicos en turno de mañana de 8:00 am -2 :00 pm y otro por la tarde 2:00 pm- 8:00 pm ,1 despacho para enfermeras y para obstetricas (turno de mañana y turno tarde), Recepción / información / personal administración- Sala de curas / salas específicas: vacunas, de extracciones, etc.- Biblioteca / sala de reuniones, Archivo de historias clínicas- Almacén- Salas especiales: cirugía menor, aulas, trabajadora social, técnicas de salud.

2.2.2 Innovación del producto.

En una primera aproximación un nuevo producto es aquel que desarrolla una función nueva o emplea una nueva tecnología para desarrollar una función ya cubierta por productos anteriores (Fernández y Fernández, 1988). No obstante no todos los nuevos productos son realmente nuevos, pues en una gran parte es posible mejorar y ampliar sus prestaciones sin que sea necesario alterar de forma sustancial su base física. (Hidalgo et al 2002). Innovación de producto según el Manual de Oslo, (2005) corresponde a la introducción de un bien o servicio nuevo o significativamente mejorado, en cuanto a características o uso al que se destina. Esta definición incluye la mejora significativa de características técnicas, componentes y materiales, de la información integrada, facilidad de uso u otras características funcionales. Las innovaciones de producto pueden utilizar nuevos conocimientos o tecnologías, basarse en nuevas utilidades o combinaciones de conocimiento o tecnologías ya existentes. El término producto cubre a la vez los bienes, servicios y mejoras significativas de las características funcionales o de utilización de bienes y servicios existentes.

a) Tipos de innovación del producto

Existen cuatro tipos de innovaciones que se obtienen al combinar los componentes (actuales y nuevos) y las relaciones entre los componentes: Radical, incremental, modular y arquitectónica. (Fernández, 2005). La innovación radical consiste en la creación de algo totalmente nuevo, a partir de tecnologías que no existían con anterioridad, permite obtener un nuevo mercado, formado por nuevos componentes, que están unidos a través de una configuración también novedosa. (Fernández, 2005). La innovación incremental se apoya en la mejora de los componentes actuales del producto, manteniendo la misma estructura de relaciones, suele no ser visible ya que el aspecto externo del producto y las funciones que realizan son las mismas; sin embargo, puede tener una incidencia fundamental en los costos de producción, proporcionando a la empresa que la desarrolla, una importante ventaja competitiva en costos, que por lo general, va a tardar en ser detectada por los competidores. (Fernández, 2005). La innovación modular surge al modificar alguno de los componentes del producto, manteniendo la misma estructura de relaciones. En esta tiene particular importancia la compatibilidad entre los componentes, ya que la modificación de algunos de ellos puede distorsionar el equilibrio previo que existía entre todos los componentes del producto. Esta innovación es muy importante porque facilita la división del producto en partes y permite al usuario adquirir los componentes que considere necesarios o incluso realizar una compra programada para ir sustituyendo todos los componentes del producto viejo. (Fernández, 2005). La innovación arquitectónica utiliza componentes conocidos en una nueva configuración y no conlleva un avance en los componentes que se están aplicando; sin embargo pueden revolucionar los mercados, sobre todos si la nueva configuración permite obtener un producto totalmente diferente a los existentes. La misión de esta innovación, consiste en tomar conciencia de las posibilidades de combinación de las tecnologías y adecuarlas al mercado y recursos de la empresa. (Fernández, 2005).

b) Factores internos y externos que estimulan la innovación en producto

El comportamiento innovador de una empresa está condicionado por una serie de elementos, tales como la estructura, los recursos financieros disponibles, el entorno, y el sector, ya que cada uno presenta unas condiciones de competencia que predeterminan sus posibles estrategias y establecen sus comportamientos tecnológicos.

Al tratar el contexto y los factores que favorecen la innovación, Barreyre enumera determinados rasgos clave entre los que pueden citarse los siguientes: Internos a la empresa, Personalidad del gerente-empresario, Competencia técnica, Espíritu creativo, Observadores del entorno, Impulso y flexibilidad. Externos a la empresa, Cercanías a polos tecnológicos o científicos, Nivel de industrialización de la zona, Madurez de la industria circundante, existencia de personal cualificado, diversificación de la industria local, Cercanía a utilizadores de tecnología, entornos exportadores, entorno de la información. A continuación se relacionan los factores clave determinantes de la innovación, que Lugones (2007) propone en su módulo de capacitación para la recolección y el análisis de indicadores de innovación:

- La incorporación de mejoras tecnológicas y el acceso a los nuevos mercados
- Adecuada integración y cooperación de todos los departamentos o áreas funcionales de la empresa (I+D, diseño, producción y marketing) con el fin de alcanzar un alto grado de eficiencia y calidad en el desarrollo del proceso innovador.
- Utilización de adecuados métodos de control y planificación de proyecto que permitan la constante evaluación y reconsideración de los objetivos propuestos.
- Lograr un alto grado de orientación al mercado. La empresa debe tener la suficiente capacidad y sensibilidad para reaccionar a las nuevas demandas del mercado, desarrollando nuevos productos o modificando los ya existentes.

- Mantener y promover la constante adecuación y cualificación de los recursos humanos, como fuente determinante de la capacidad innovadora de la empresa, para acceder, asimilar y desarrollar know-how tecnológico, nueva información para asimilar y explotar la tecnología adquirida.
- Proporcionar un buen servicio técnico a los clientes. El ofrecer un producto con un buen servicio técnico garantiza su introducción en el mercado y su aceptación por los usuarios. Conviene hacer referencia a los factores estructurales de la empresa en relación con la innovación.
- El mantenimiento de una estrategia innovadora a largo plazo que permita capitalizar el conocimiento adquirido.
- La existencia de una estructura organizativa dinámica, flexible, susceptible de incorporar cambios en todas las áreas funcionales si la innovación tecnológica lo requiere.
- Desde el punto de vista del análisis del entorno, existen igualmente determinantes favorables para el desarrollo de la innovación tecnológica.
- La existencia de redes de servicios tecnológicos que permita a la empresa disponer de información e interés tecnológico y comercial, y tener la posibilidad de acceder a servicios de asesoramiento especializado con el objeto de mejorar sus técnicas gestión y tecnologías productivas.
- Establecimiento de redes de cooperación con centros de investigación y universidades con el objeto de resolver los problemas técnicos que se presentan en el proceso innovador y asegurar el acceso de personal altamente cualificado.
- Cooperación en I+D con otras empresas. Mediante la utilización de capacidades productivas, comerciales o tecnológicas conjuntas que permitan reducir riesgos, compartir costos, aprovechar las economías de escala, y mejorar la posición competitiva de la empresa en el mercado. La cooperación con otras empresas puede ser una valiosa medida para prolongar el potencial de los recursos internos especialmente en el caso de empresas con baja intensidad en I+D.

- Existencia de políticas públicas de apoyo a la innovación tecnológica, especialmente a las Pymes.
- Adecuados sistemas de protección de la propiedad industrial.
- Facilidad de acceso a fuentes de financiación externas que proporcionen recursos Económicos a las empresas para poder desarrollar con éxito el proceso innovador.

Según Hernández (2006), las empresas siempre están a la espera de un cambio; la innovación ha sido ligada al desarrollo de nuevos productos o mejoras incrementales en los procesos, esto de la mano de una alta tecnología. Hoy en día los productos cambian continuamente para mantenerse a la par de lo que el mercado demanda, es por esto que a diario nacen nuevos productos y alternativas por lo tanto la batalla en el mercado y en la mente de los consumidores no se detiene. La mayoría de estos factores coinciden con los apuntados por otros autores como Storey (1994b).

c) Características de las empresas que innovan.

Las empresas deben mejorar la competitividad desarrollando tecnología propia, es decir, introduciendo innovaciones en el mercado, sean éstas de productos y/o procesos. El logro de innovaciones se consigue con independencia del tamaño empresarial, si bien son necesarias dos tipos de actuaciones, a) invertir en tecnología y formación b) desarrollar una estructura organizativa flexible que favorezca la creatividad y la participación de los trabajadores en la obtención de tecnología. Igualmente, en la época actual, resulta cada vez más frecuente que una empresa coopere con sus rivales, proveedores y clientes en determinadas actividades, con objeto de hacer frente a una competencia cada vez más globalizada.

Normalmente se dice que una empresa es innovadora por la 57 cantidad de productos o servicios de innovación radical que consigue introducir en el mercado. (De la Torre, Violant, 2006). Para Gundy, bastaría con preguntar por los siguientes aspectos para determinar el estado de una organización frente al saber si tienen principios y valores bien fundamentados, en:

- Promoción de desafíos.
- Búsqueda de nuevos caminos para las tareas realizadas.
- Delegar responsabilidades. Nivel de participación.
- Apertura a la presentación de ideas nuevas.
- Aceptación de puntos de vista divergentes entre empleados y niveles superiores. Reconocimiento de ideas excelentes.
- Nivel de confianza entre las personas.
- Retroalimentación afirmativa.
- Otros puntos adicionales pueden ser el poder y el ansia de riesgo:
 - ¿Cuál es el grado de apertura que se les da a las personas para arriesgar?
 - ¿Cuál es el nivel de burocracia?
 - ¿Cuál es el estímulo dado para que haya autonomía para decidir?
 - ¿Cuál es nivel de instrucciones para trabajar? Cuánto se involucran los gerentes en la elaboración de estrategias?

- ¿Cómo se lleva a cabo la administración de ideas?
- Con respecto al poder se pregunta: Cuántos niveles de gerencia hay.
- Cómo es el trato de los gerentes con los subordinados y viceversa.
- Cuál es el nivel de privilegios.
- Cuál es la base para la conquista de poder en la organización-competencia o relación.Cuál es el nivel de centralización o descentralización en la empresa.

Lo que lleva a pensar que las empresas deben tener algunas habilidades fundamentales: Desafiante, Flexible, Participativa, Abierta, Descentralizada y Justa. Basta contar con estas condiciones para que la empresa tenga capacidad de usar la creatividad e innovación. Evidentemente el nivel de competencia del mercado es quien marcará el nivel de capacidad innovadora de la organización.

2.3 Definición de competencias para los equipos de APS

a) ¿Por qué las competencias?

Los cambios sistémicos realizados en los servicios de salud han implicado profundas transformaciones en los modelos y prácticas de gestión y en los modelos de atención que necesariamente modificaron el panorama laboral.

Desde el punto de vista de los requerimientos de desempeño, en los diversos niveles de decisión y atención, se han generado nuevas competencias.

Uno de los elementos definitorios de una perspectiva de la educación permanente es la orientación programática hacia y desde el trabajo cotidiano, la programación desde la realidad laboral de la atención de la salud y la orientación a la mejora del desempeño utilizando como mediación el enfoque de competencias laborales.

Las competencias constituyen en la actualidad una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación.

Las competencias tienen que ver en este caso con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos.

b) Concepto de competencias

La definición de competencias se considera un requisito indispensable para lograr el mejor desempeño del trabajo en los diferentes contextos laborales.

Del análisis de la bibliografía consultada se desprende que las competencias son características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole.

El desempeño exitoso y las buenas prácticas son comportamientos observables si se actúa con competencia, para lo que es necesario tener conocimientos (saber), habilidad para poner en práctica los conocimientos (saber hacer), estar motivado y tener actitud (querer hacer) y disponer de los medios y recursos necesarios (poder hacer).

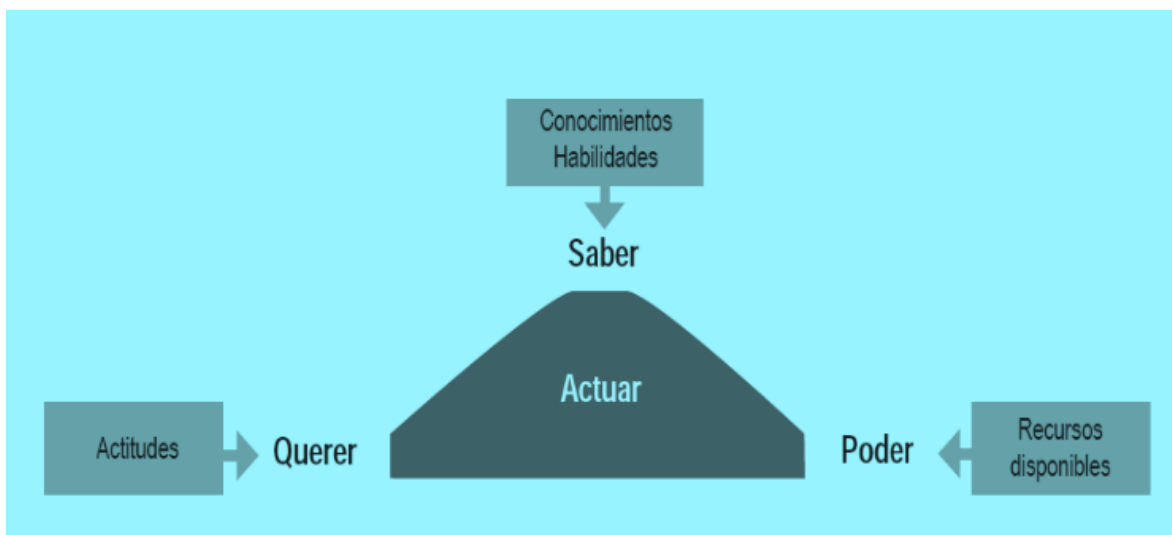


Figura N° 2: Saber, Querer, Poder

2.4 Clasificación de las competencias

- Genéricas
- Específicas
- Humanísticas

A. COMPETENCIAS GENÉRICAS

Su existencia es fundamental para el adecuado cumplimiento o desarrollo de las tareas del equipo, son comunes y compartidas a todos los miembros del equipo y son las que permiten que los profesionales se adapten a nuevas condiciones de trabajo, se mantengan actualizados y superen los problemas que deben enfrentar en sus respectivos puestos de trabajo.

Dentro de las competencias genéricas abordaremos: la comunicación, el manejo de la información, la gestión de los recursos y la salud pública.

a) COMUNICACIÓN

La comunicación es considerada la principal herramienta en el trabajo de los integrantes del equipo de APS tanto para la correcta relación con los pacientes, como para interactuar con la comunidad, los niveles políticos y gerenciales, entre niveles de atención y entre los propios miembros del equipo.

La comunicación habitual en el primer nivel de atención, se produce en la consulta donde se atienden personas con problemas de salud poco definidos, en estadios precoces de su historia natural, por lo que debe existir una capacidad de razonamiento adecuado para distinguir aquellas situaciones más complejas de gravedad, elaborando una orientación diagnóstica más concreta, a partir de una queja muy indefinida.

La comunicación eficaz es esencial para realizar una prestación de servicios de salud de alta calidad porque mejoran:

- La satisfacción del individuo.
- Su comprensión
- Su adherencia terapéutica
- La comunicación es un mecanismo para interactuar con la comunidad, además facilita la participación comunitaria
- Resolución de conflictos entre los miembros del equipo
- Los resultados de salud en términos generales de la asistencia

En otros aspectos, la comunicación entre los miembros del equipo y el individuo es un elemento que ayuda al alcance del desempeño.

b) MANEJO DE LA INFORMACIÓN

Los sistemas de información de salud responden a la necesidad de establecer un sistema de evaluación del estado de salud de la población y de las actividades de promoción, prevención y de asistencia sanitaria.

La OMS en 1973 lo definió como un “mecanismo para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se requiere para la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios y también para la investigación y la docencia”.

Utilidad de la información en APS:

- Atención clínica individual/de grupos
- Planificación
- Gestión de centros y servicios
- Evaluación y control de la calidad
- Formación
- Investigación
- Requerimientos legales

La información necesaria se puede clasificar en tres tipos, clínica, epidemiológica y administrativa.

c) Información Clínica

Para que la información permita identificar grupos de riesgos y facilite la toma de decisiones clínicas se requieren algunos documentos básicos: la historia clínica, el registro de morbilidad y las hojas de consulta. Esto no significa que sean los únicos, ya que existen otros que también se utilizan con frecuencia en la APS y que complementan de alguna forma los anteriores (hojas de interconsultas-derivación al nivel secundario de atención, atención domiciliaria, utilización de pruebas diagnósticas, entre otras).

d) Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS

El manejo de información requiere ciertas habilidades, como la de conocer los sistemas de información de salud, y más específicamente el manejo de registros e indicadores ya sea para la toma de decisiones o para investigación.

Información epidemiológica

Existen cuatro aplicaciones fundamentales de la Epidemiología en APS: (a) analizar la situación de salud de la comunidad, (b) investigar los factores de riesgo de una enfermedad, (c) evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias y (d) evaluar la utilidad de las pruebas diagnósticas.

El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) se cataloga como la primera actividad que debe realizar el equipo de APS en la comunidad, con el objetivo de medir el estado salud de su población, identificar los problemas de salud y cuáles son los grupos de población más afectado para posteriormente plantear un plan de acción que permita actuar según prioridades.

Información administrativa

La información administrativa está relacionada con la planificación, el suministro de los servicios de salud, la evaluación de los servicios respecto a las poblaciones a los que van dirigidos y el conocimiento básico en que descansa la mejora de la provisión sanitaria. Las funciones administrativas tradicionales requieren de la obtención y transferencia de información para seguir la evolución de los procesos de prestación de los servicios de salud.

e) Gestión de recursos

La gestión de recursos tiene que ver con las habilidades para poder hacer una evaluación del problema específico que los equipos enfrentan y poder determinar de forma racional cuales son los recursos que se van a necesitar para proporcionar la respuesta adecuada, incluyendo recursos del primer nivel, de otros niveles de salud o incluso de otros sectores, como puede ser por ejemplo el social. Se determinan a partir del ASIS y la priorización de problemas.

f) Salud pública y sus funciones esenciales

La salud pública es el componente de los sistemas de salud que persigue mejorar, proteger o mantener la salud de las poblaciones. Para fortalecer la salud pública se debe profundizar en la coherencia de sus objetivos, así como apoyarse en un conjunto de profesionales que demuestren una suficiencia en el ejercicio de las competencias necesarias para la realización de las funciones esenciales de salud pública (FESP).

Funciones esenciales de Salud Pública

- a) Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
- b) Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud pública.
- c) Promoción de la salud.
- d) Participación de los ciudadanos en la salud.
- e) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
- f) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
- g) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

- h) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- i) Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
- j) Investigación en salud pública.
- k) Reducción de impacto de las emergencias y desastres en salud

Las FESP son las competencias preeminentes de la Autoridad Sanitaria nacional (ASN) en materia de salud pública.

Los equipos de APS son parte de la ASN en los niveles locales, por lo que deben de tener conocimientos sobre el contenido de las FESP, asumir la responsabilidad en la conducción la prevención y promoción, garantizando el acceso, la calidad y orientación de los servicios de salud individuales y colectivos.

La identificación de las competencias, requieren de un marco referencial dado por una clasificación, que permita de manera funcional dar el paso de las FESP a las competencias, una clasificación propuesta:

- ✓ **Competencia básica:** Es aquella que proporciona la comprensión fundamental de lo que es y para qué es la salud pública. Deben dominarla todos los trabajadores de la salud pública.
- ✓ **Competencia Transversal:** Es la que aporta conocimientos generales y específicos, aptitudes y destrezas en áreas que permitan el desempeño de una o más funciones. Deben dominarla varias categorías de profesionales y técnicos de la salud pública, según la responsabilidad de cada uno.
- ✓ **Competencia crítica:** Es la que proporciona conocimientos técnicos, aptitudes y destrezas necesarias para desempeñarse en el cumplimiento de una función esencial,

programa o área determinada de aplicación. Se estructura a partir de las dos categorías anteriores. Deben dominarla determinados equipos de trabajo, responsables de determinada función esencial.

- ✓ El desempeño satisfactorio de una o más funciones esenciales se basa en el dominio de la combinación de las tres categorías de competencias.

B. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

Las competencias específicas son propias de las funciones que debe realizar una unidad organizativa como los equipos de APS, ligadas a los procesos y aportaciones individuales y colectivas dependientes de los conocimientos y habilidades. Son inherentes a cada profesión y predominan los aspectos técnicos.

C. COMPETENCIA HUMANÍSTICA

La competencia humanística se refiere al conjunto de valores éticos que se forman en el profesional para el uso y aplicación de los conocimientos adquiridos. Está relacionada con el ejercicio profesional y su responsabilidad social ante la comunidad (ética profesional).

Matriz de competencias para los equipos de APS

La renovación de la APS propone como mecanismo fundamental para la reorientación de los Sistemas de Salud que estos estén basados en la APS, fundamentados en valores, guiados por unos principios propios y conformados por un conjunto de elementos esenciales.

Los valores esenciales del Sistema de Salud deben de ser reflejo de los valores de la sociedad en general como son:

- El derecho al nivel de salud más alto posible
- La equidad en salud.

- La solidaridad.

Estos valores son los que deben de determinar las motivaciones y aptitudes que deben de ser propias de los equipos de APS y que son necesarias junto con los conocimientos y habilidades para lograr un desempeño exitoso.

Los elementos se entrelazan entre si formando parte de todos los niveles de atención y gerenciales del Sistema de Salud. Estos elementos, definidos en el documento de posición de la OPS sobre la renovación de la APS, han supuesto el punto de partida en la elaboración de la matriz de competencias para los equipos de APS.

- Para cada uno de los elementos se ha identificado la función más sustancial a desarrollar por los equipos.
- Para cada función se han definido competencias (conocimientos y habilidades) específicas que permitan el mejor desempeño en el ejercicio de la función.

2.5 DEFINICIONES CONCEPTUALES.

2.5.1 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (SIGLAS: AP O APS)

Según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente: "Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud,

del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

2.5.2 ACCESO Y COBERTURA UNIVERSAL

Desde la perspectiva de la APS el acceso universal es la eliminación de barreras geográficas, financieras, socioculturales, organizacionales, de género y estructurales para la participación dentro del sistema de salud y/o la utilización de los servicios de acuerdo con las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad.

2.5.3 ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA

La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Para que sea integrada, la APS requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud.

La coordinación es uno de los componentes de la atención de salud y su defecto traería como consecuencia la pérdida de la longitudinalidad, sería difícil conseguir la integralidad de los servicios y el primer contacto tendría un papel meramente administrativo. Por tanto definimos la coordinación como una situación de armonía en una acción o esfuerzo común. La esencia de la coordinación es la disponibilidad de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados, y el reconocimiento de dicha información para las necesidades de cuidados actuales.

2.5.4 ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Es la atención en salud en el momento de intervención más temprano posible dentro del proceso salud-enfermedad y/o entre el riesgo, los problemas de salud y secuelas. Esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad. En lo individual, comprende las acciones de educación y la promoción de la salud, fortaleciendo las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el auto cuidado. A nivel comunitario, la APS coordina con otros sectores la realización de actividades de prevención.

2.5.5 ATENCIÓN APROPIADA

La atención apropiada plantea la aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de salud. Los beneficios esperados, como resultado de una atención adecuada, deben superar las consecuencias negativas del proceso de la enfermedad.

Un aspecto importante a tener en cuenta la hora de hablar acerca de atención apropiada, es la calidad. Esta es el grado en que, teniendo en consideración los conocimientos actuales acerca de la distribución, la identificación, el diagnóstico y el manejo de los problemas y los aspectos relacionados con la salud, las necesidades de salud, tanto actual como potencial, quedan cubiertas de una manera adecuada por los servicios de salud. Los pilares fundamentales de la calidad son: efectividad, eficiencia, optimización (balance entre los costos y los efectos de la atención), aceptabilidad, legitimidad y equidad; con lo cual queda integrado la calidad técnica de los servicios brindados y la satisfacción del usuario.

2.5.6 ORIENTACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

Significa que un Sistema de Salud basado en la APS no descansa exclusivamente en la perspectiva individual, sino que emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención.

2.5.7 MECANISMOS ACTIVOS DE PARTICIPACIÓN

La APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, involucrando de forma compartida la participación social para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles. Esto incluye actividades conjuntas del EAP y la comunidad, que promuevan ambientes y estilos de vida saludables, fomenten el auto cuidado de la salud de los individuos, la estimulación de las habilidades de las comunidades para hacerse socios activos en la identificación, priorización, planificación y gestión de los problemas de salud de la comunidad, así como la evaluación de las acciones llevadas a cabo por el sector de la salud, incorporando también sectores públicos privados y de la sociedad civil.

2.5.8 MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL

Es de gran importancia el dominio del Marco legal e institucional, el cual está relacionado con el conocimiento de políticas, planes y programas del sector de la salud; así como las normas y regulaciones legales existentes, vinculados con el quehacer y el desempeño técnico-profesional de los miembros del equipo.

Muchas veces las regulaciones de ámbito nacional limitan el desarrollo del trabajo en equipo.

2.5.9 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN ÓPTIMAS

Las estructuras y las funciones de un sistema de salud basado en la APS requiere de una organización y gestión óptimas, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que identifique y dé poder a las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legal y financiero que permitan al equipo desempeñar sus funciones específicas en la toma de decisiones. En términos de sus actividades operativas, los EAP requieren de buenas prácticas de gestión que faciliten a mejorar la organización y la provisión de atención, de forma tal que satisfaga los estándares de calidad, ofrezca lugares de trabajo atractivos a sus miembros y responda a las necesidades de salud de la comunidad.

2.5.10 POLÍTICAS Y PROGRAMAS PRO EQUIDAD

Se debe estimular dentro de los miembros del EAP, el conocimiento de políticas y programas pro-equidad con el fin de contribuir a disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan las inequidades y asegurarse que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto en la provisión de los servicios de salud.

2.5.11 PRIMER CONTACTO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

Es inherente a la organización de los servicios sanitarios en niveles de atención. La idea es que exista un punto de entrada cada vez que el paciente tiene un problema de salud y que este punto de entrada debe ser útil y accesible.

La APS constituye la puerta de entrada al sistema de salud y de los servicios sociales, donde se da respuesta a las necesidades de salud. Un Sistema basado en la APS viene a fortalecer el primer

nivel de atención, a pesar de que su estructura y funcionamiento es más compleja.

2.5.12 RECURSOS HUMANOS APROPIADOS

En este aspecto se incluyen a quienes proveen los servicios (EAP): a los trabajadores comunitarios, a los gestores y al personal administrativo. Ellos deben tener una combinación correcta de habilidades y conocimientos en su desempeño. Para lograr la disponibilidad de este tipo de recurso humano exige una planificación estratégica e inversión en capacitación, empleo e incentivos; así como la ampliación y fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los trabajadores de la salud ya existente.

2.5.13 RECURSOS ADECUADOS Y SOSTENIBLES

Los recursos han de ser los apropiados para las necesidades de salud, deben de ser determinados por un análisis de la situación de salud fundamentado en información del nivel comunitario e incluye recursos, así como el presupuesto necesario para prestar una atención integral de alta calidad. Los recursos deben ser suficientes para lograr el acceso y cobertura universal, teniendo en cuenta que la disponibilidad estos puede variar de acuerdo a los países.

2.5.14 ACCIONES INTERSECTORIALES

Las acciones intersectoriales se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con los actores y sectores. Ello requiere de vínculos estrechos entre las áreas públicas, privadas y no gubernamentales, tanto al interior como fuera de los servicios de salud, para que tengan un impacto sobre la salud y sus determinantes.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

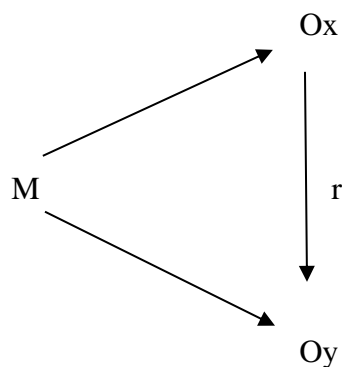
3.1 Tipo de investigación.

La presente constituye una investigación aplicada, donde, se toma como unidad de análisis a los trabajadores de los Centros de Salud de Santa Clara, Centro Materno Infantil de Santa Anita, Puesto de Salud Fraternidad de Huaycan, en ese sentido sus resultados serán de aplicación primaria a dicha unidad de análisis, sin perjuicio de las posibles generalizaciones a inducirse para el resto de la población.

○ 3.2 Diseño y esquema de la investigación.

La presente corresponde a una investigación no experimental explicativo, ya que se Analiza la Innovación en la Atención Primaria de Salud y como este influye en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

Asimismo, la presente investigación es de nivel correlacional, en tanto explica la Innovación en la Atención Primaria de Salud y su influencia en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016. La población y muestra fue de 60 trabajadores, planteando el siguiente esquema:



Dónde:

M = Población y Muestra de 60 trabajadores

O = Observación

x = Innovación en la Atención Primaria de Salud

y = Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud

r = Relaciones entre variables

Finalmente, la presente tiene un diseño de corte transversal, en tanto que, la medición de las variables involucradas ha sido efectuada en un solo escenario, a partir del cual se ha medido el efecto de las variables independiente (Innovación en la Atención Primaria de Salud) sobre la variable dependiente (Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016).

3.3 Población y muestra.

Se ha trabajado con el 100 % (60) de los trabajadores involucrados en la atención de los establecimientos de salud de Fraternidad de Huaycan, Santa Clara, Centro Materno Infantil de Santa Anita.

Tabla N° 1: Establecimientos de atención primaria Microred Ate I

Trabajadores	Establecimiento			TOTAL
	Fraternidad de Huaycan	Santa Clara	Centro materno Infantil	
Médicos generales no especialistas en medicina familiar y/o atención primaria	2	5	4	11
Médicos ginecólogo			2	2
Médico pediatra			2	2
Enfermeras	2	5	8	15
Obstetras	1		2	3
Técnicos de enfermería	4	8	10	22
Técnico administrativo	1	2	2	5
Total	10	20	30	60

Fuente: Elaboración Propia

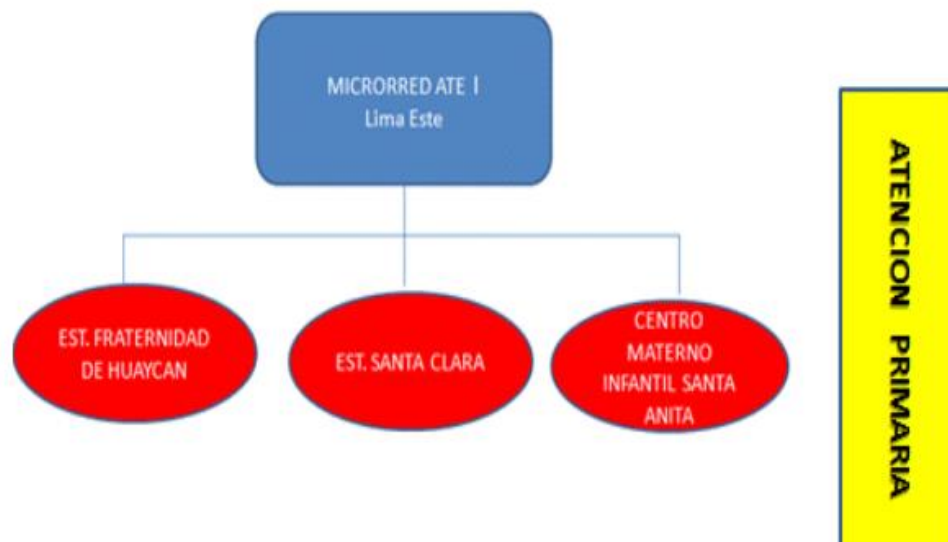


Figura N° 3: Microred Ate I - Lima Este

Tabla N° 2: Categoría de Establecimientos de atención primaria Microred Ate I

ATENCIÓN PRIMARIA MICRORRED ATE I	Establecimiento			TOTAL
	Fraternidad de Huaycan	Santa Clara	Centro materno Infantil	
Categoría	1-2	1-3	1-4	
Trabajadores	10	20	30	60
Horas atención	6	12	24	
Lab. De análisis y atención partos y recién nacidos	No	Si	Si	
pacientes	20,000 Pac.	30,000 Pac.	50,000 pac.	100,000 Pac.

Fuente: Elaboración Propia

3.4 Definición operativa del Instrumentos de recolección de datos.

Se elaboraron instrumentos y herramientas de investigación, como por ejemplo encuestas en base a los objetivos propuestos y a las variables en estudio. El mismo que ha sido aplicado a la muestra seleccionada de

manera que nos ha permitido obtener información confiable y objetiva que ha permitido apoyar nuestro estudio y demostrar nuestras hipótesis.

3.5 Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.

3.5.1 Técnicas

Las técnicas a utilizar para el recojo de los datos de la muestra de la población, serán los siguientes:

- **La encuesta**

Esta técnica aplicará el instrumento (cuestionario) en forma directa y objetiva a cada integrante de la muestra. Esta técnica será estructurada en función a los objetivos propuestos, indicadores y dimensiones.

- **Revisión documental**

Se ha utilizado el material disponible (libros, recursos de internet, bibliotecas, tesis, revistas especializadas, etc.) para obtener información relacionada con el título de la investigación (LA INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, RED LIMA ESTE METROPOLITANA, 2016).

3.5.2 Procesamiento de Datos

Se realizarán las coordinaciones para poder aplicar el instrumento sin interrumpir las labores del personal del servicio de los Gobiernos Locales tomado como muestra de investigación.

Las técnicas que se utilizarán para el procesamiento de datos recolectados durante el trabajo de campo es el programa de análisis estadístico IBM SPSS 22.

3.5.3 Presentación de Datos

Con el procesamiento de datos en SPSS, se han obtenido gráficos y tablas, los mismos que han sido interpretados y presentados como resultados de la investigación.

Se tienen las siguientes presentaciones:

- Presentación escrita
- Presentación tabular
- Presentación grafica

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1 Estadísticas Descriptivas- Innovación en la Atención Primaria de Salud

4.1.1 Función de agencia

Tabla N° 3: Nivel Profesional por establecimiento de atención primaria

Nivel como profesional	Establecimientos de atención primaria			Total Nivel Profesional	%
	Est Fraternidad de Huaycan	Est Santa Clara	Est Centro materno Infantil		
Medico	2	5	8	15	25
Otra Profesión	3	5	10	18	30
Personal Técnico	5	10	12	27	45
Total establecimiento	10	20	30	60	100
% Establecimiento	17	33	50	100	

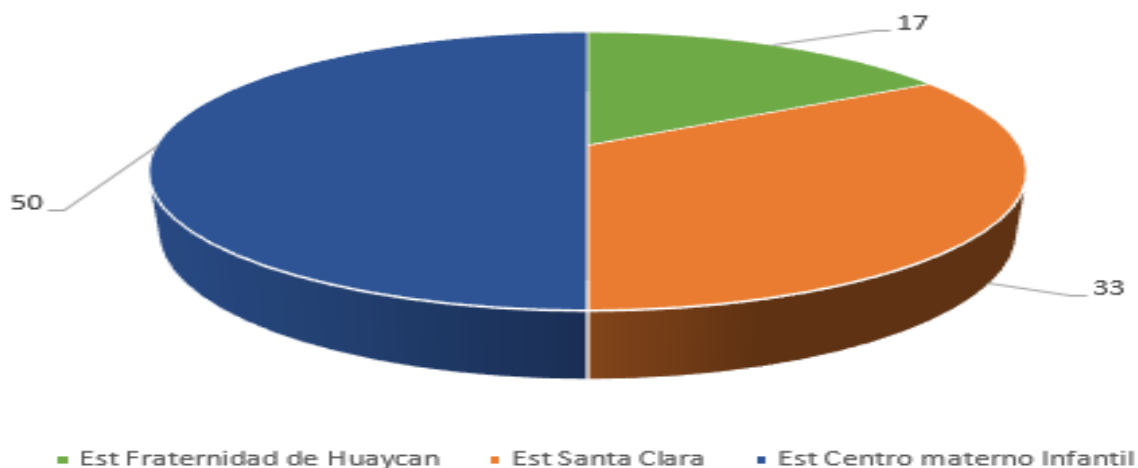


Figura N° 4: Nivel Profesional por establecimiento de atención primaria

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores es que el 50% pertenecen al Est Centro materno, 33% al Est Santa Clara y 17% al Est Fraternidad de Huaycan. El 25% son médicos (General, ginecológico, pediatra), el 30% de otra profesión (enfermeras, obstetras), y el 45% es personal técnico (enfermería, administrativo).

Tabla N° 4: Los ingresos económicos de cada red lo maneja la red de salud Lima este

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Los ingresos económicos de cada red lo maneja la red de salud Lima este		Total Prof	Total por establec	%
		Si	No			
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	1	1	2	10	16.7
	Otra Profesión	3	0	3		
	Personal Técnico	5	0	5		
Est Santa Clara	Medico	4	1	5	20	33.3
	Otra Profesión	4	1	5		
	Personal Técnico	9	1	10		
Est Centro materno Infantil	Medico	8	0	8	30	50.0
	Otra Profesión	9	1	10		
	Personal Técnico	10	2	12		
	Total Ingresos Red	53	7	60	60	100.0
	Porcentaje (%)	88	12	100		

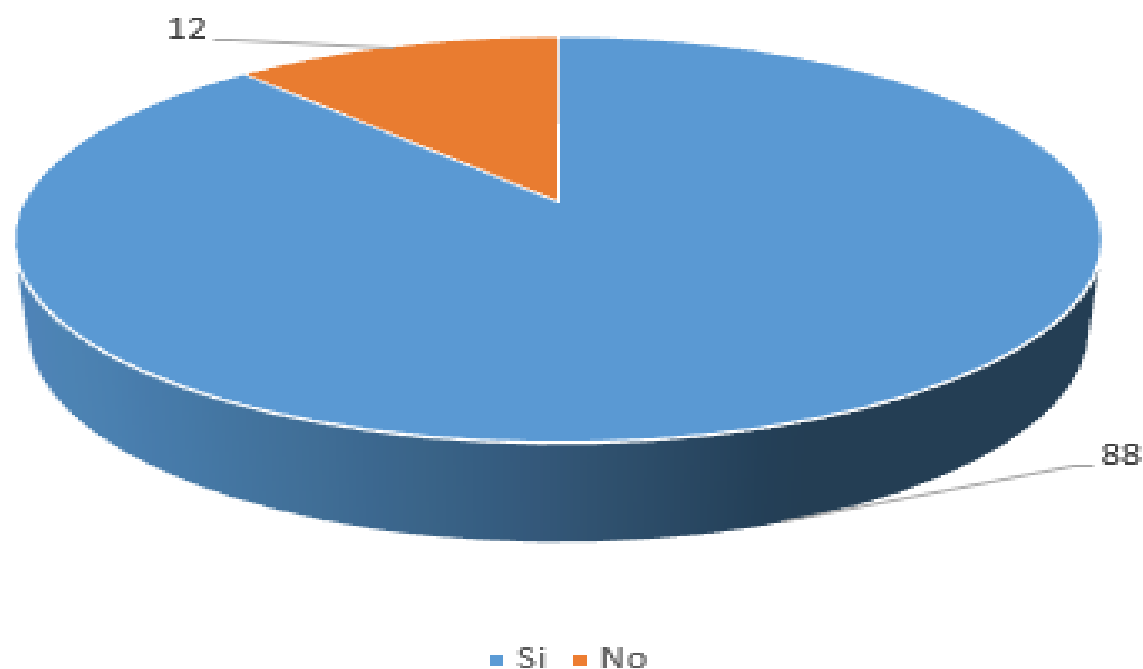


Figura N° 5: Los ingresos económicos de cada red lo maneja la red de salud Lima este

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta que si “los ingresos económicos de cada red lo maneja la red de salud Lima”, el 88% manifestaron que SI y un 12% que NO

Tabla N° 5: El medico jefe de cada establecimiento recibe bono por jefatura de establecimiento

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	El medico jefe de cada establecimiento recibe bono por jefatura		Total por Establec. Por nivel	Total por establec	%
		Si	No			
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	1	1	2	10	17
	Otra Profesión	0	3	3		
	Personal Técnico	0	5	5		
Est Santa Clara	Medico	0	5	5	20	33
	Otra Profesión	1	4	5		
	Personal Técnico	0	10	10		
Est Centro materno Infantil	Medico	1	7	8	30	50
	Otra Profesión	1	9	10		
	Personal Técnico	3	9	12		
	Total recibe Bono	7	53	60	60	100
	%	12	88	100		

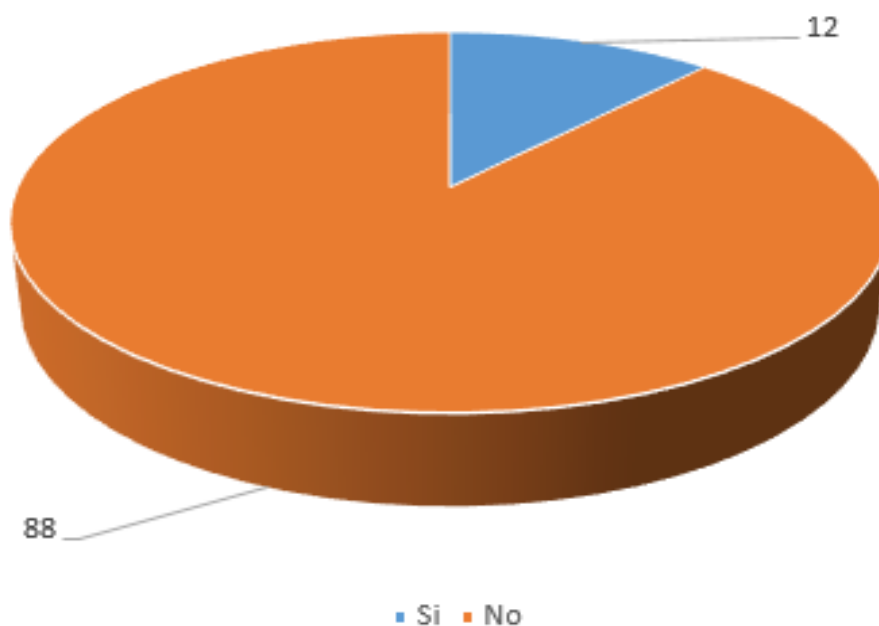


Figura N° 6: El medico jefe recibe bono por jefatura de establecimiento

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta que si “el medico jefe de cada establecimiento recibe bono” por jefatura en cada red de salud Lima este, el 88% manifestaron que NO y un 12% que SI

Tabla N° 6: Opinión de Establecimiento sobre innovación organizativa

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Es el motor de la innovación organizativa?						
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	2	0	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	1	0	1	0	1	3	5
	Personal Técnico	2	2	0	1	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	0	3	0	0	2	5	8
	Otra Profesión	4	1	0	0	0	5	8
	Personal Técnico	1	7	2	0	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	6	2	0	0	0	8	13
	Otra Profesión	2	7	0	0	1	10	17
	Personal Técnico	2	6	2	2	0	12	20
Total		20	28	5	3	4	60	100
%		33	47	8	5	7	100	

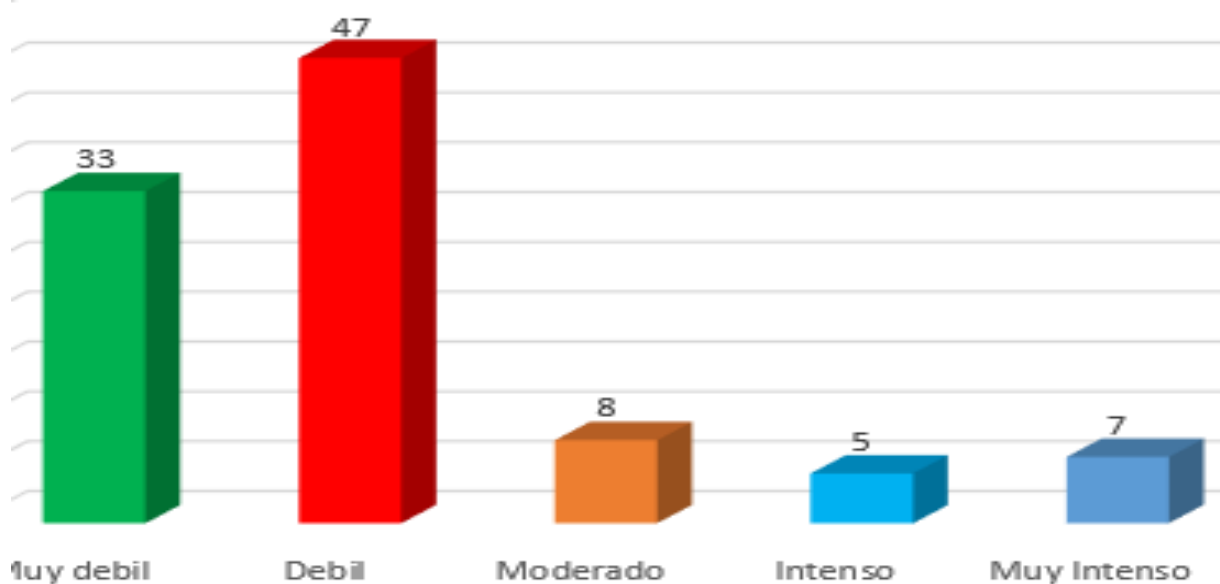


Figura N° 7: Opinión de Establecimiento sobre innovación organizativa

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre su “Opinión de Establecimiento sobre innovación organizativa”, el 33% indicó como muy débil, el 47% como débil, y un 8% como moderado

Tabla N° 7: Opinión sobre Desarrollo tecnológico en enfermedades prevenibles

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Hay Desarrollo tecnológico en enfermedades prevenibles?					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	1	1	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	1	1	1	0	0	3	5
	Personal Técnico	1	1	3	0	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	1	4	0	0	0	5	8
	Otra Profesión	1	2	1	1	0	5	8
	Personal Técnico	1	3	5	1	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	1	5	1	0	1	8	13
	Otra Profesión	4	4	1	1	0	10	17
	Personal Técnico	3	2	4	2	1	12	20
Total		14	23	16	5	2	60	100
%		23	38	27	8	3	100	

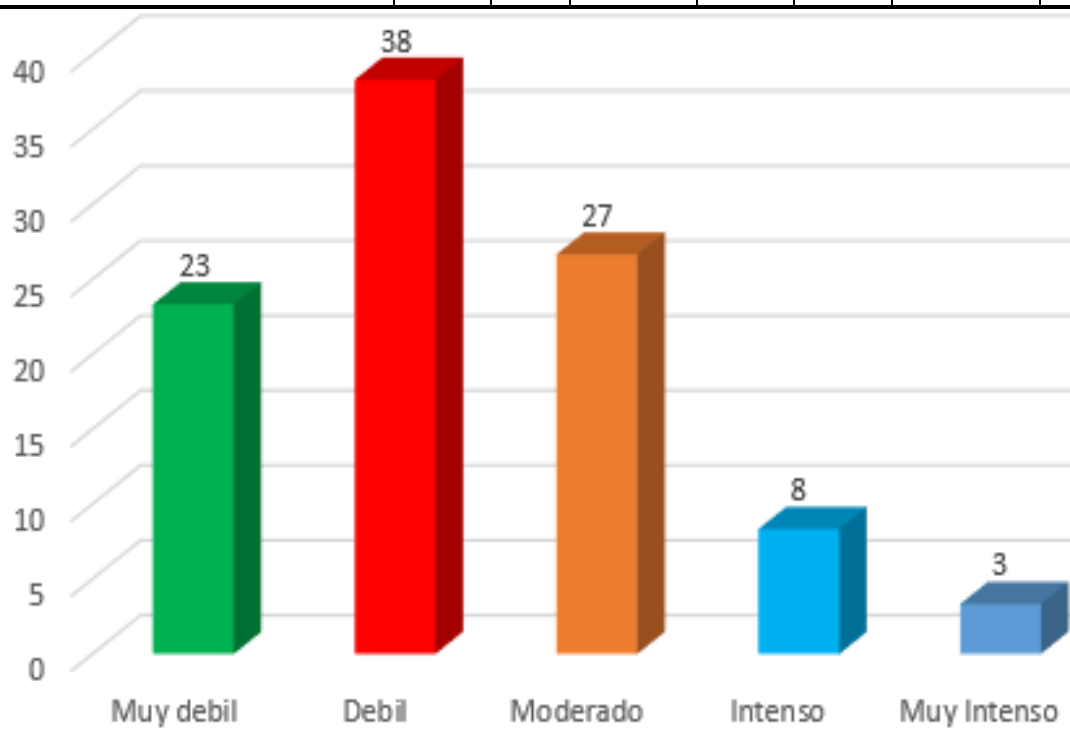


Figura N° 8: Opinión sobre Desarrollo tecnológico en enfermedades prevenibles

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta que si “Hay Desarrollo tecnológico en enfermedades prevenibles” el 23% manifestó su respuesta como muy débil, 38% como débil y 27% como moderado.

Tabla N° 8: Opinión sobre Convergencia entre los servicios sociales y médicos

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Hay Convergencia entre los servicios sociales y médicos.					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	0	1	1	0	0	2	3
	Otra Profesión	0	2	0	1	0	3	5
	Personal Técnico	2	1	1	1	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	2	1	1	1	0	5	8
	Otra Profesión	2	2	1	0	0	5	8
	Personal Técnico	4	2	4	0	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	4	2	2	0	0	8	13
	Otra Profesión	6	2	2	0	0	10	17
	Personal Técnico	3	1	6	1	1	12	20
Total		23	14	18	4	1	60	100
%		38	23	30	7	2	100	

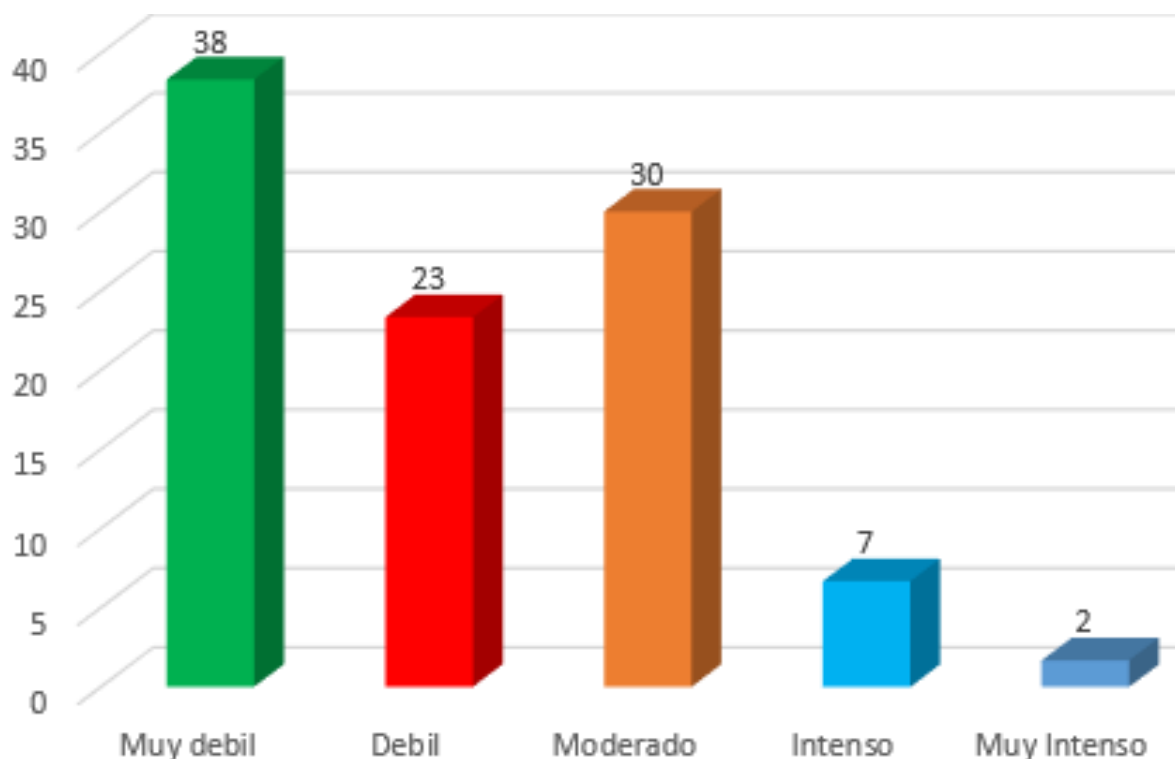


Figura N° 9: Opinión sobre Convergencia entre los servicios sociales y médicos

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta que si “Hay Convergencia entre los servicios sociales y médicos” el 38% manifestó su respuesta como muy débil, 23% como débil y 30% como moderado.

Tabla N° 9: Opinión sobre Desarrollo de la telemedicina a partir de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y de los sensores

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Hay Desarrollo de la telemedicina a partir de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y de los sensores					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	1	1	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	2	1	0	0	0	3	5
	Personal Técnico	2	2	0	0	1	5	8
Est Santa Clara	Medico	0	3	2	0	0	5	8
	Otra Profesión	2	3	0	0	0	5	8
	Personal Técnico	4	4	1	1	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	2	4	1	1	0	8	13
	Otra Profesión	5	2	2	0	1	10	17
	Personal Técnico	4	8	0	0	0	12	20
Total		22	28	6	2	2	60	100
%		37	47	10	3	3	100	

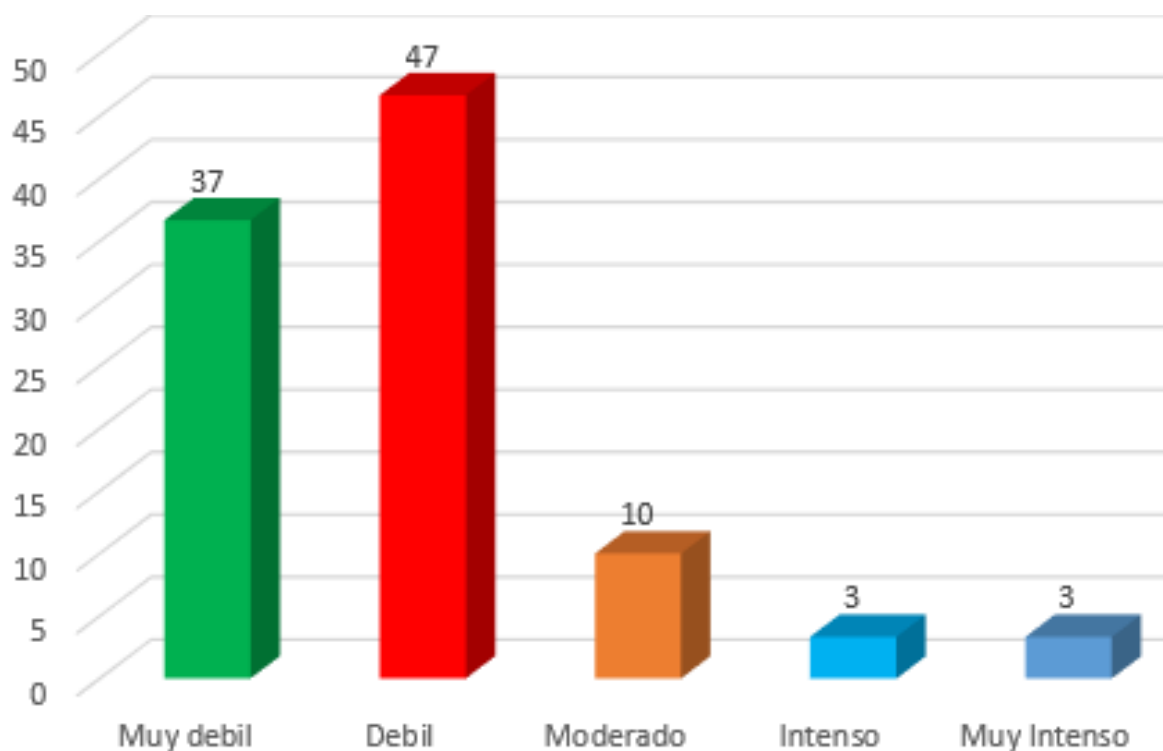


Figura N° 10: Opinión sobre Desarrollo de la telemedicina a partir de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y de los sensores

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta que si "Hay Desarrollo de la telemedicina a partir de las tecnologías de la información,

de las comunicaciones y de los sensores” el 37% manifestó su respuesta como muy débil, 47% como débil y 10% como moderado.

Tabla N° 10: Opinión sobre Crecimiento de programas de garantía de calidad y de evaluaciones de tecnologías sanitarias

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Crecimiento de programas de garantía de calidad y de evaluaciones de tecnologías sanitarias					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	2	0	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	1	1	0	0	1	3	5
	Personal Técnico	0	1	4	0	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	2	0	1	1	1	5	8
	Otra Profesión	1	4	0	0	0	5	8
	Personal Técnico	4	1	3	2	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	4	3	1	0	0	8	13
	Otra Profesión	3	5	2	0	0	10	17
	Personal Técnico	6	3	3	0	0	12	20
Total		23	18	14	3	2	60	100
%		38	30	23	5	3	100	

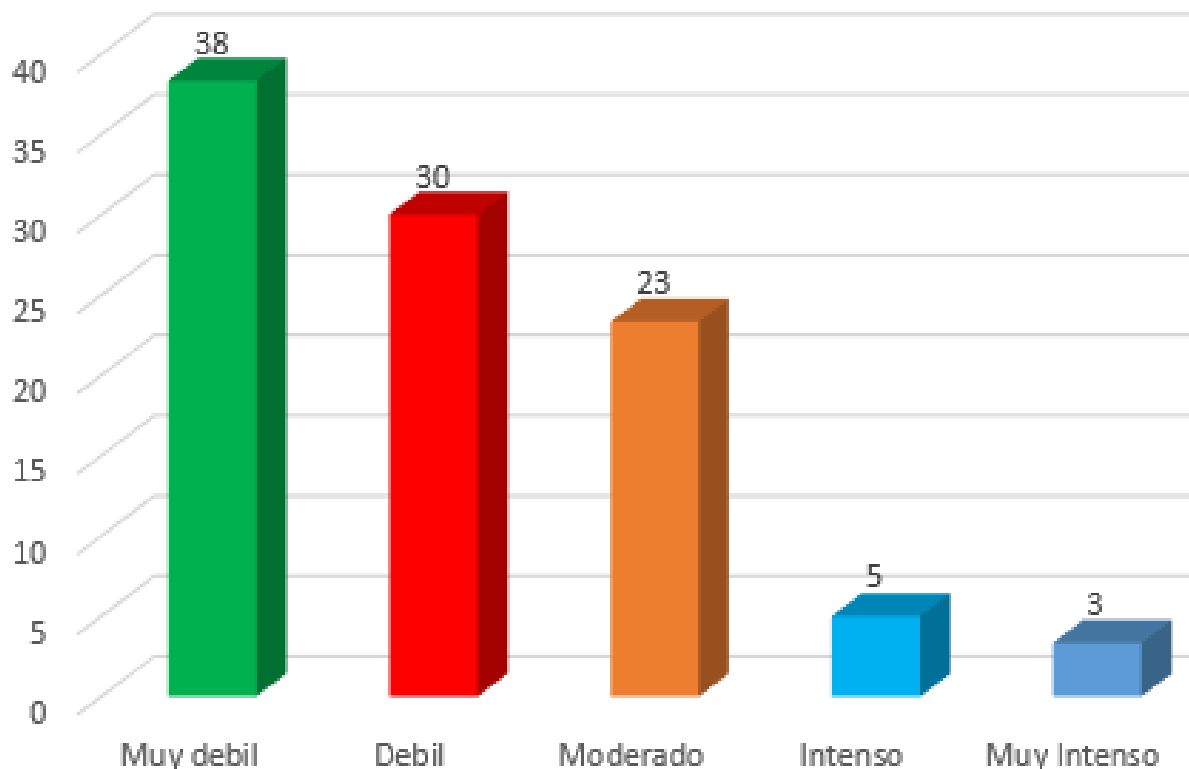


Figura N° 11: Opinión sobre Crecimiento de programas de garantía de calidad y de evaluaciones de tecnologías sanitarias

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre el "Crecimiento de programas de garantía de calidad y de evaluaciones de

tecnologías sanitarias” el 38% manifestó su respuesta como muy débil, 30% como débil y 23% como moderado.

Tabla N° 11: Opinión sobre si se selecciona pacientes con el uso de Internet

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Se selecciona pacientes con el uso de Internet					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	0	2	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	2	1	0	0	0	3	5
	Personal Técnico	3	2	0	0	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	2	1	0	2	0	5	8
	Otra Profesión	1	4	0	0	0	5	8
	Personal Técnico	6	2	1	0	1	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	3	4	1	0	0	8	13
	Otra Profesión	1	6	1	1	1	10	17
	Personal Técnico	5	5	2	0	0	12	20
Total		23	27	5	3	2	60	100
%		38	45	8	5	3	100	

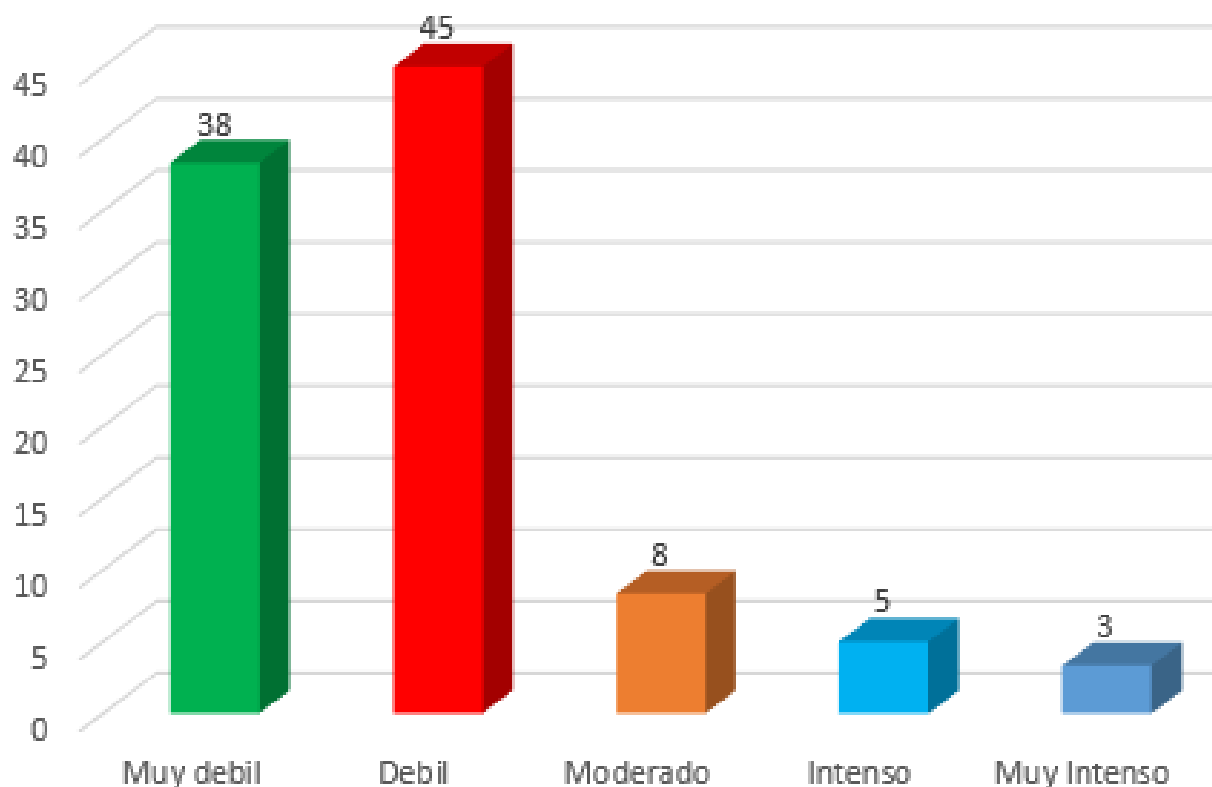


Figura N° 12: Opinión sobre si se selecciona pacientes con el uso de Internet

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre si se “Se selecciona pacientes con el uso de Internet” el 38% manifestó su respuesta como muy débil, 45% como débil y el 8% como moderado.

Tabla N° 12: Opinión sobre el Uso de Internet por profesionales y técnicos para el desarrollo de tareas en el hospital.

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Uso de Internet por profesionales y técnicos para el desarrollo de tareas en el hospital.					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	1	1	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	0	3	0	0	0	3	5
	Personal Técnico	4	1	0	0	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	1	2	1	0	1	5	8
	Otra Profesión	4	0	1	0	0	5	8
	Personal Técnico	3	7	0	0	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	2	4	1	1	0	8	13
	Otra Profesión	3	6	1	0	0	10	17
	Personal Técnico	5	6	0	1	0	12	20
Total		23	30	4	2	1	60	100
%		38	50	7	3	2	100	

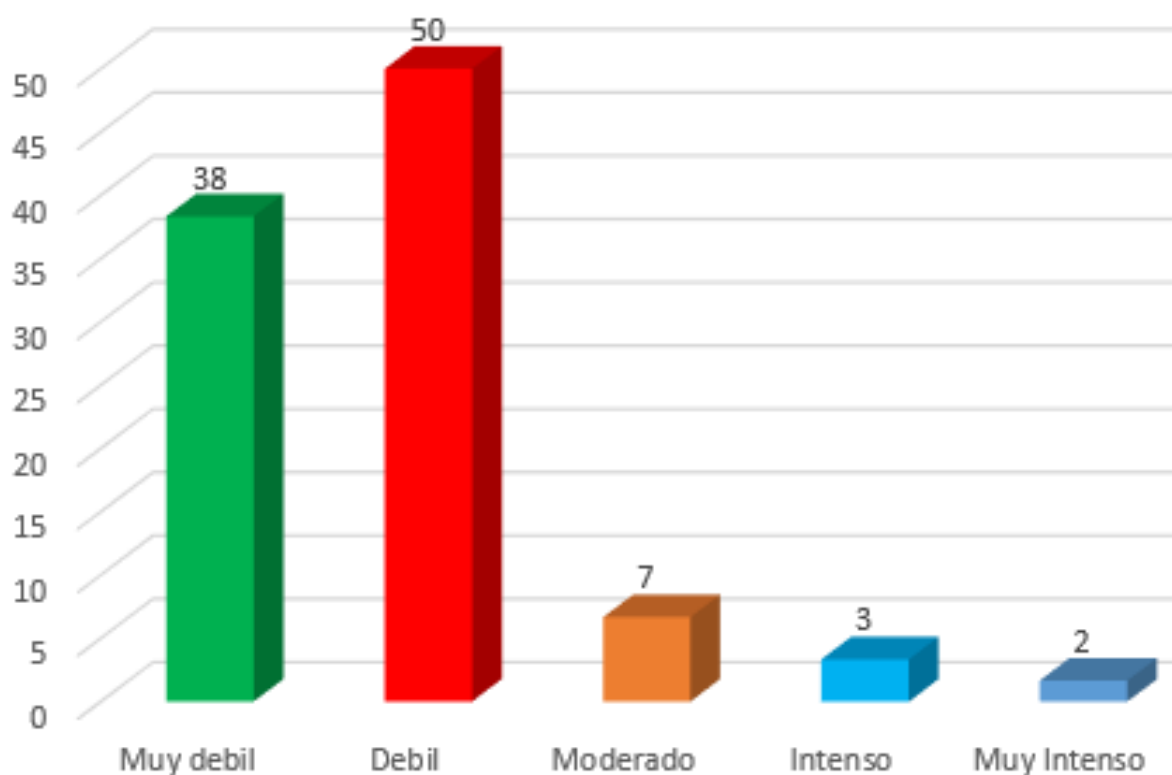


Figura N° 13: Opinión sobre el Uso de Internet por profesionales y técnicos para el desarrollo de tareas en el hospital.

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre "Uso de Internet por profesionales y técnicos para el desarrollo de tareas en el hospital" el 38% manifestó su respuesta como muy débil, 50% como débil y el 7% como moderado.

4.1.2 Función de coordinación y garantía de continuidad

Tabla N° 13: Opinión sobre los profesionales de atención primaria en relación a las innovaciones organizativas

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Los profesionales de atención primaria en relación a las innovaciones organizativas					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	0	2	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	1	1	1	0	0	3	5
	Personal Técnico	4	1	0	0	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	4	1	0	0	0	5	8
	Otra Profesión	3	1	1	0	0	5	8
	Personal Técnico	4	6	0	0	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	5	3	0	0	0	8	13
	Otra Profesión	3	4	1	2	0	10	17
	Personal Técnico	5	4	2	0	1	12	20
Total		29	23	5	2	1	60	100
%		48	38	8	3	2	100	

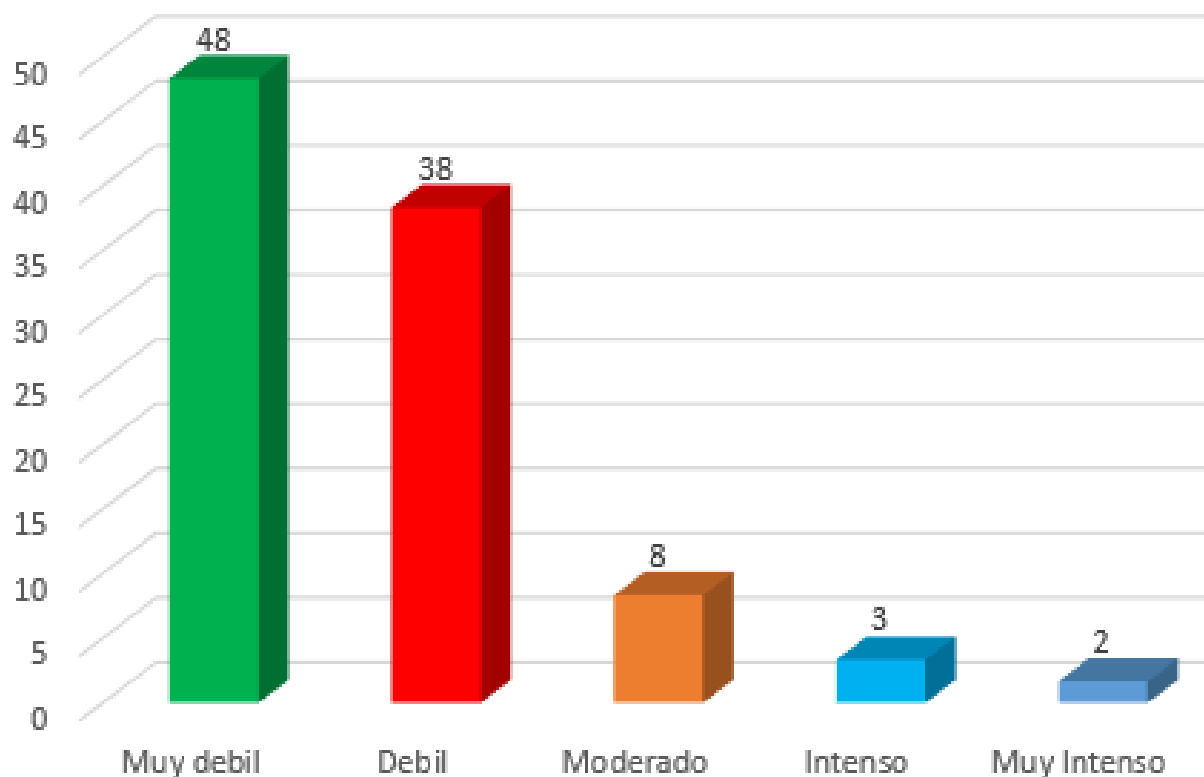


Figura N° 14: Opinión sobre los profesionales de atención primaria en relación a las innovaciones organizativas

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre "Los profesionales de atención primaria en relación a las innovaciones

organizativas” el 48% manifestó su respuesta como muy débil, 38% como débil y el 8% como moderado.

Tabla N° 14: Opinión sobre Desarrollo de la gestión clínica

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Desarrollo de la gestión clínica					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	0	1	1	0	0	2	3
	Otra Profesión	0	0	2	1	0	3	5
	Personal Técnico	3	0	1	1	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	2	2	1	0	0	5	8
	Otra Profesión	0	3	1	0	1	5	8
	Personal Técnico	3	4	3	0	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	5	1	1	0	1	8	13
	Otra Profesión	4	5	0	1	0	10	17
	Personal Técnico	5	0	6	1	0	12	20
Total		22	16	16	4	2	60	100
%		37	27	27	7	3	100	

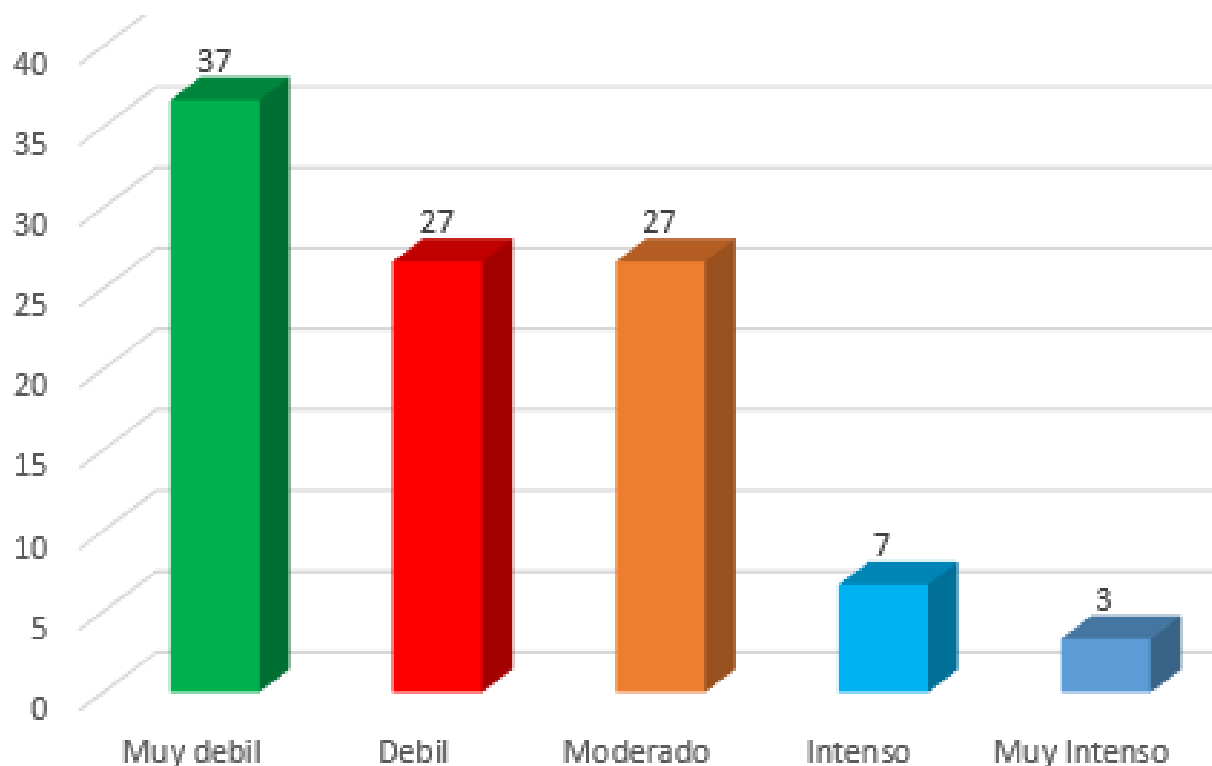


Figura N° 15: Opinión sobre Desarrollo de la gestión clínica

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre el “Desarrollo de la gestión clínica” el 37% manifestó su respuesta como muy débil, 27% como débil y el 27% como moderado.

Tabla N° 15: Opinión sobre la Necesidad de profesionalización en gestión de I+D

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Necesidad de profesionalización en gestión de I+D					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	0	1	1	0	0	2	3
	Otra Profesión	2	1	0	0	0	3	5
	Personal Técnico	1	0	3	0	1	5	8
Est Santa Clara	Medico	1	2	2	0	0	5	8
	Otra Profesión	1	3	1	0	0	5	8
	Personal Técnico	1	4	5	0	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	3	0	4	0	1	8	13
	Otra Profesión	2	3	2	3	0	10	17
	Personal Técnico	2	5	3	2	0	12	20
Total		13	19	21	5	2	60	100
%		22	32	35	8	3	100	

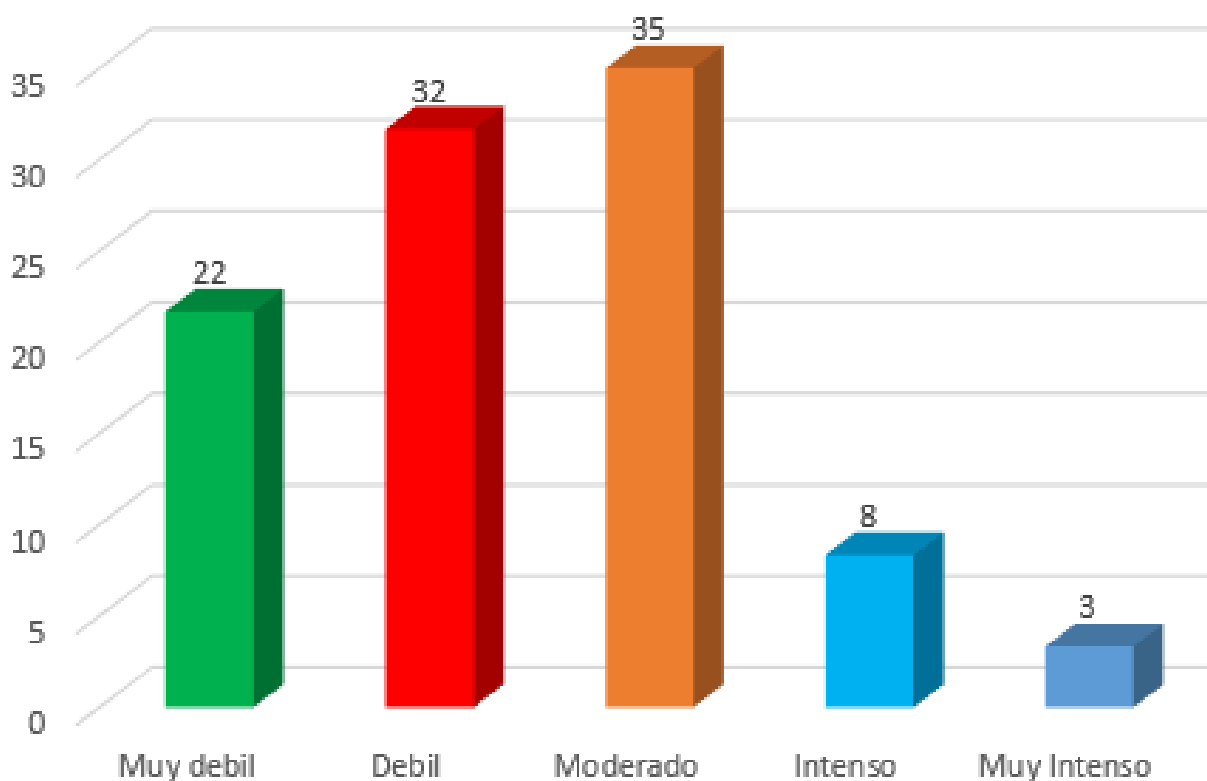


Figura N° 16: Opinión sobre la Necesidad de profesionalización en gestión de I+D

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre la “Necesidad de profesionalización en gestión de I+D” el 22% manifestó su respuesta como muy débil, 32% como débil y el 35% como moderado.

Tabla N° 16: Opinión sobre Conciliar el crecimiento del gasto sanitario con una mayor calidad asistencial a través de la investigación de resultados en salud (outcomes)

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Conciliar el crecimiento del gasto sanitario con una mayor calidad asistencial a través de la investigación de resultados en salud (outcomes)					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	1	1	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	1	2	0	0	0	3	5
	Personal Técnico	1	3	0	1	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	2	3	0	0	0	5	8
	Otra Profesión	3	1	1	0	0	5	8
	Personal Técnico	5	4	0	1	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	3	4	0	0	1	8	13
	Otra Profesión	1	5	3	1	0	10	17
	Personal Técnico	6	5	1	0	0	12	20
Total		23	28	5	3	1	60	100
%		38	47	8	5	2	100	

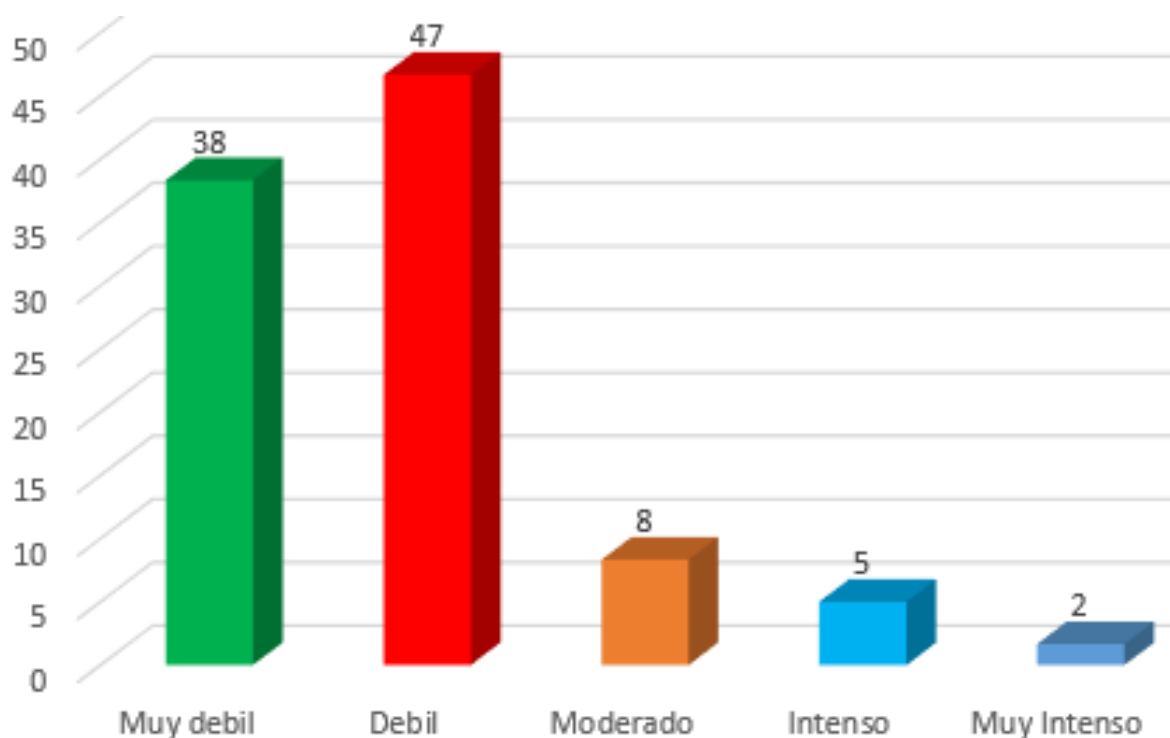


Figura N° 17: Opinión sobre Conciliar el crecimiento del gasto sanitario con una mayor calidad asistencial a través de la investigación de resultados en salud (outcomes)

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre “Conciliar el crecimiento del gasto sanitario con una mayor calidad asistencial a través de la investigación de resultados en salud (outcomes)” el 38% manifestó su respuesta como muy débil, 47% como débil y el 8% como moderado.

Tabla N° 17: Opinión sobre Formar especialistas o residentado medico durante 3 años en medicina familiar o preventiva

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Formar especialistas o residentado medico durante 3 años en medicina familiar o preventiva					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	1	0	1	0	0	2	3
	Otra Profesión	0	1	2	0	0	3	5
	Personal Técnico	1	3	1	0	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	2	2	1	0	0	5	8
	Otra Profesión	1	0	3	0	1	5	8
	Personal Técnico	3	4	2	1	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	3	2	2	1	0	8	13
	Otra Profesión	3	2	3	1	1	10	17
	Personal Técnico	3	4	3	1	1	12	20
Total		17	18	18	4	3	60	100
%		28	30	30	7	5	100	

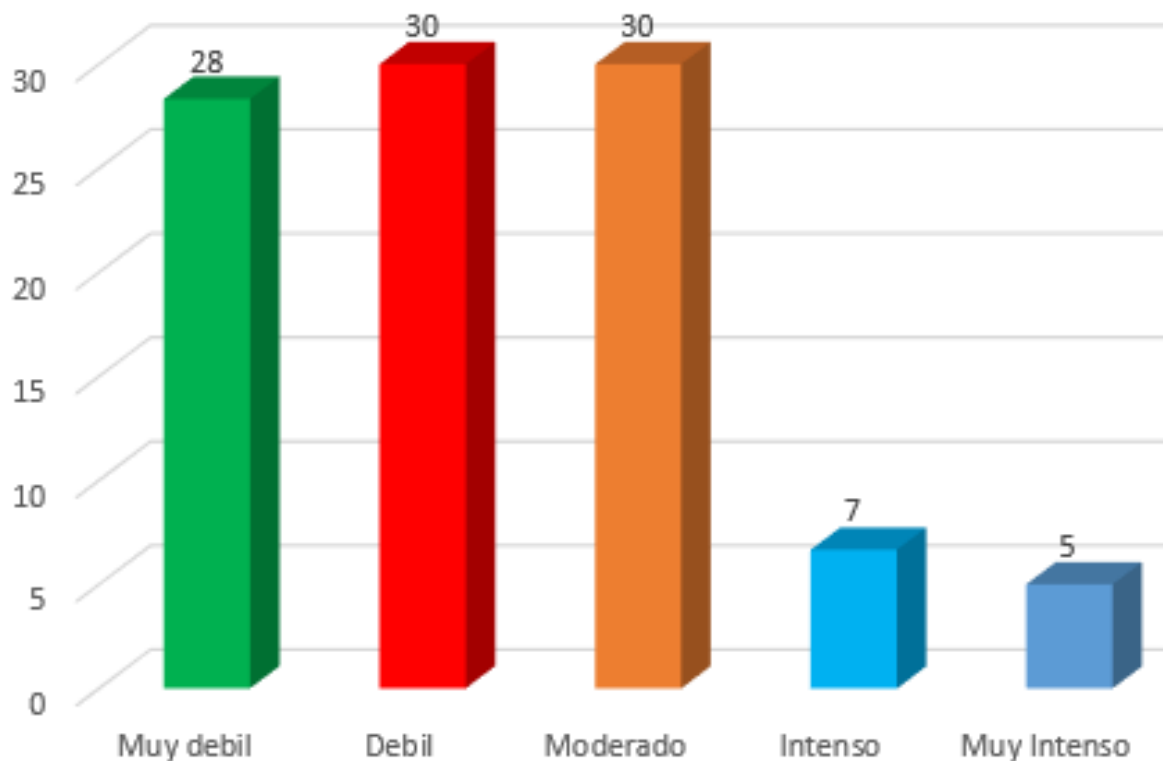


Figura N° 18: Opinión sobre Formar especialistas o residentado medico durante 3 años en medicina familiar o preventiva

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre "Formar especialistas o residentado medico durante 3 años en medicina familiar

o preventiva” el 28% manifestó su respuesta como muy débil, 30% como débil y el 30% como moderado.

4.1.3 Función de regulación de flujos de pacientes

Tabla N° 18: Opinión sobre el Recurso humano actual con dominio en TICs

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Recurso humano actual con dominio en TICs					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	0	2	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	1	2	0	0	0	3	5
	Personal Técnico	3	2	0	0	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	2	1	0	1	1	5	8
	Otra Profesión	3	1	1	0	0	5	8
	Personal Técnico	2	6	1	1	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	4	4	0	0	0	8	13
	Otra Profesión	4	5	0	1	0	10	17
	Personal Técnico	3	5	4	0	0	12	20
Total		22	28	6	3	1	60	100
%		37	47	10	5	2	100	

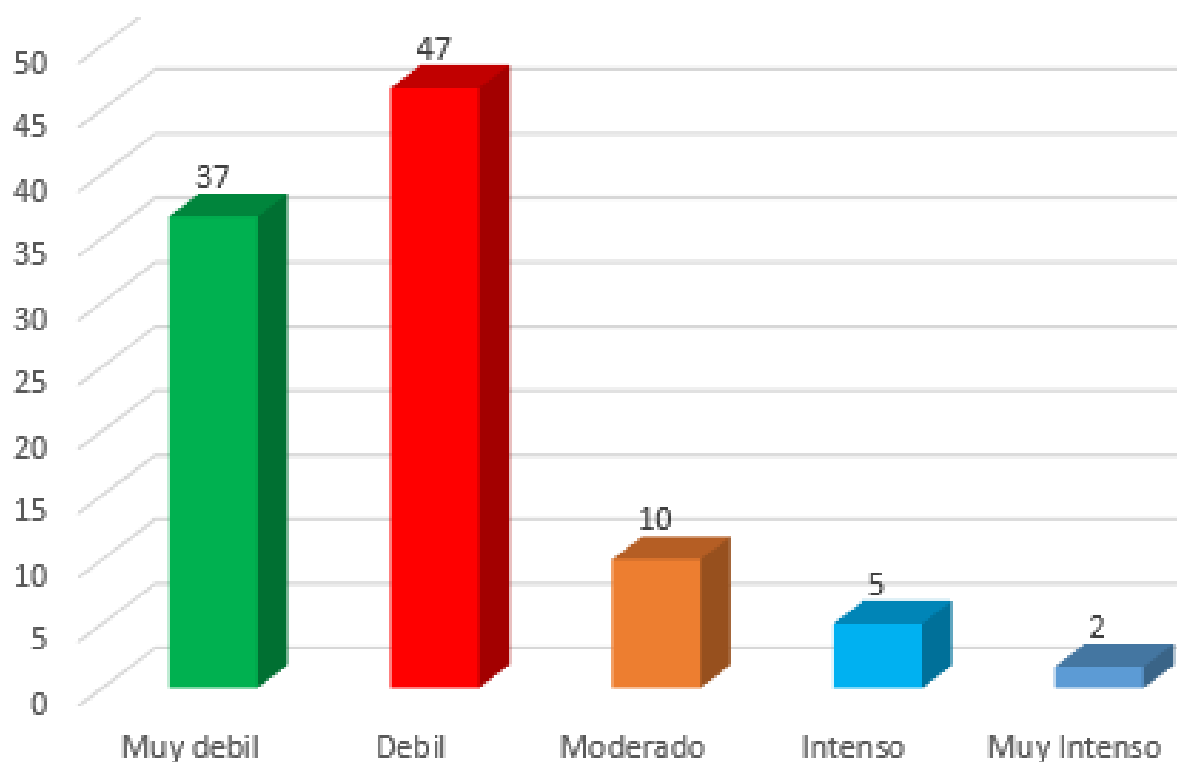


Figura N° 19: Opinión sobre el Recurso humano actual con dominio en TICs

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre el "Recurso humano actual con dominio en TICs" el 37% manifestó su respuesta como muy débil, 47% como débil y el 10% como moderado.

Tabla N° 19: Opinión sobre Nivel en el Desarrollo de programas web en atención primaria

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Nivel en el Desarrollo de programas web en atención primaria					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	2	0	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	2	0	1	0	0	3	5
	Personal Técnico	0	4	0	1	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	3	1	0	0	1	5	8
	Otra Profesión	2	3	0	0	0	5	8
	Personal Técnico	3	4	2	1	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	6	1	1	0	0	8	13
	Otra Profesión	6	2	1	1	0	10	17
	Personal Técnico	5	6	1	0	0	12	20
Total		29	21	6	3	1	60	100
%		48	35	10	5	2	100	

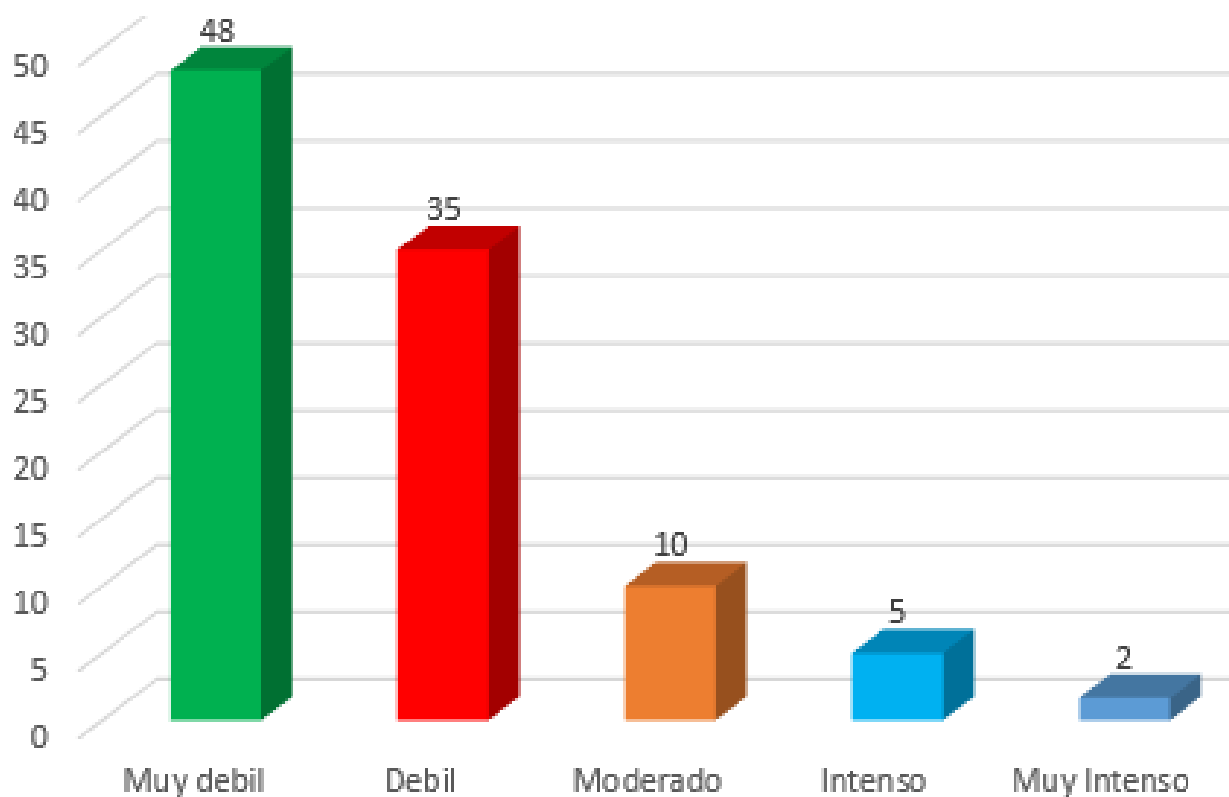


Figura N° 20: Opinión sobre Nivel en el Desarrollo de programas web en atención primaria

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre el "Nivel en el Desarrollo de programas web en atención primaria" el 48% manifestó su respuesta como muy débil, 35% como débil y el 10% como moderado.

Tabla N° 20: Opinión sobre Capacitación en políticas del estado en atención primaria

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Capacitación en políticas del estado en atención primaria					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	1	1	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	2	0	0	0	1	3	5
	Personal Técnico	4	0	1	0	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	1	2	2	0	0	5	8
	Otra Profesión	1	2	1	1	0	5	8
	Personal Técnico	3	6	1	0	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	4	3	1	0	0	8	13
	Otra Profesión	4	6	0	0	0	10	17
	Personal Técnico	4	5	2	1	0	12	20
Total		24	25	8	2	1	60	100
%		40	42	13	3	2	100	

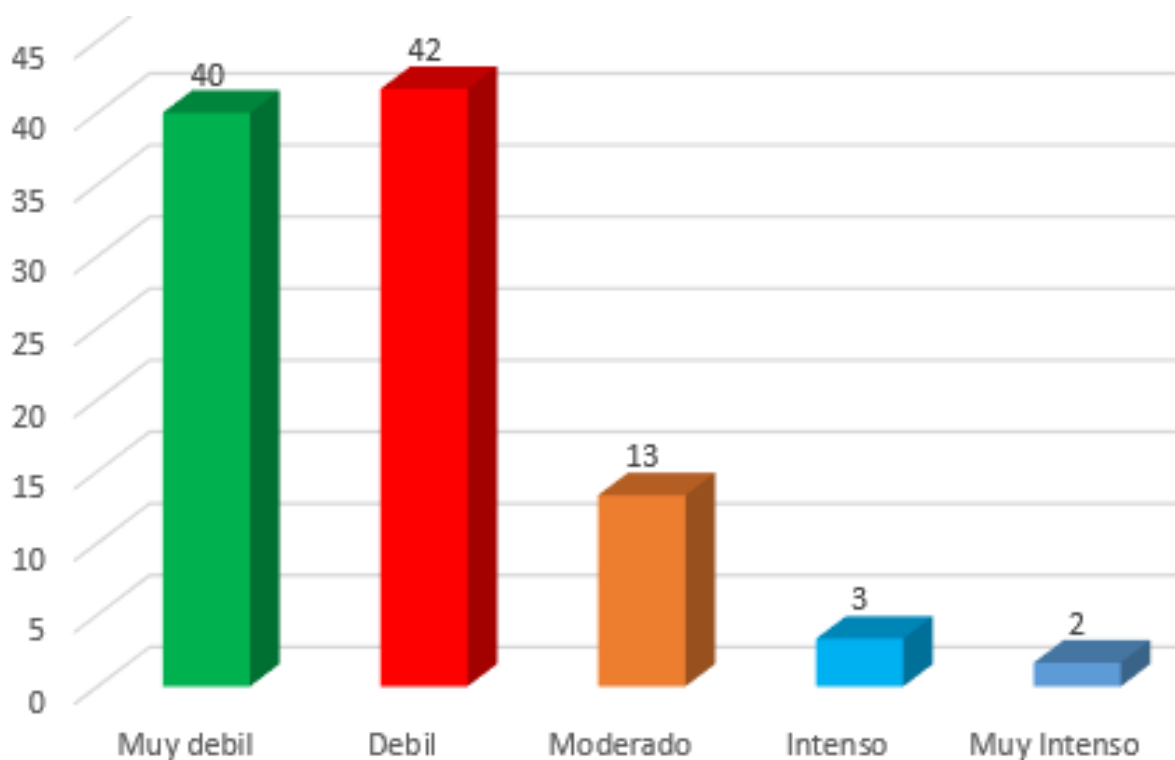


Figura N° 21: Opinión sobre Capacitación en políticas del estado en atención primaria

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre la "Capacitación en políticas del estado en atención primaria" el 40% manifestó su respuesta como muy débil, 42% como débil y el 13% como moderado.

Tabla N° 21: Opinión sobre si Prioriza uso de TICS

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Prioriza uso de TICS					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	1	0	1	0	0	2	3
	Otra Profesión	1	1	1	0	0	3	5
	Personal Técnico	1	3	0	1	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	2	3	0	0	0	5	8
	Otra Profesión	1	3	0	1	0	5	8
	Personal Técnico	5	3	1	0	1	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	5	3	0	0	0	8	13
	Otra Profesión	4	4	2	0	0	10	17
	Personal Técnico	4	6	1	1	0	12	20
Total		24	26	6	3	1	60	100
%		40	43	10	5	2	100	

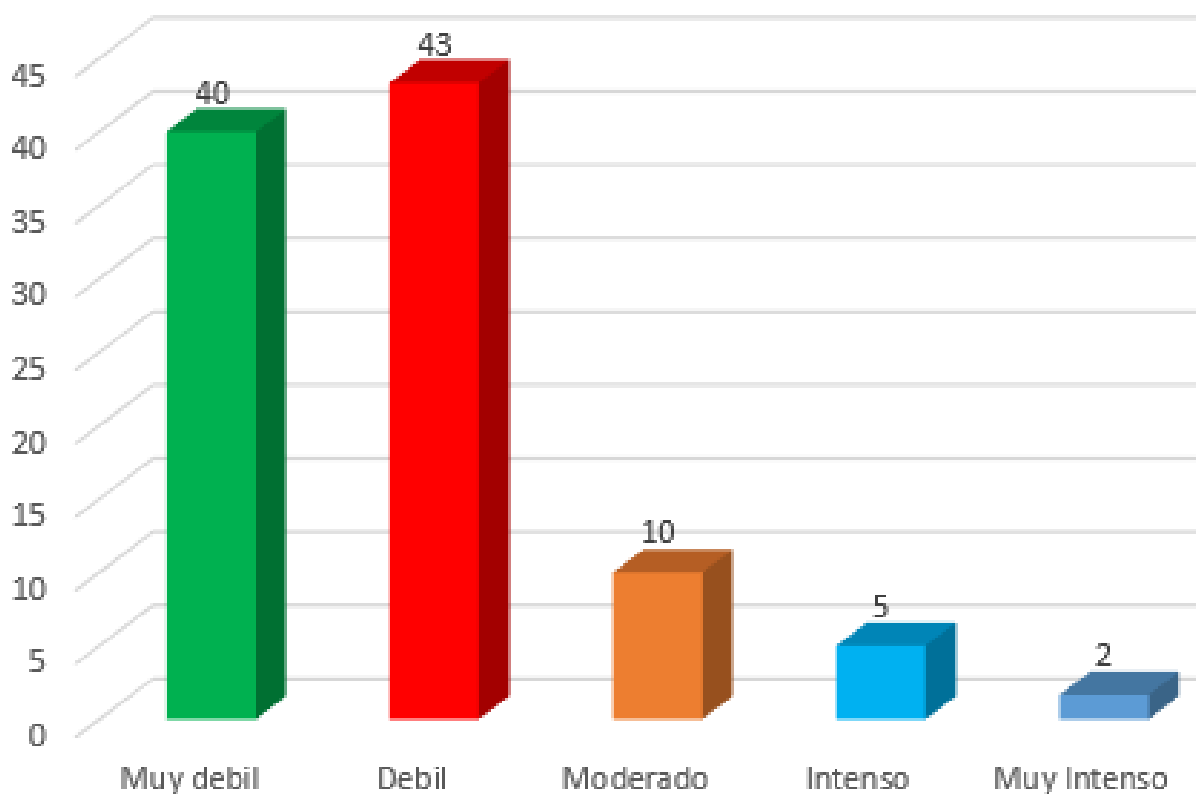


Figura N° 22: Opinión sobre si Prioriza uso de TICS

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre si se “Prioriza uso de TICS” el 40% manifestó su respuesta como muy débil, 43% como débil y el 10% como moderado.

○ **4.2 Estadísticas Descriptivas-Sostenibilidad de establecimientos de salud**

Tabla N° 22: Opinión sobre Acceso y cobertura universal

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Acceso y cobertura universal					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	0	1	1	0	0	2	3
	Otra Profesión	0	0	2	0	1	3	5
	Personal Técnico	1	1	2	1	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	1	1	0	3	0	5	8
	Otra Profesión	0	2	1	2	0	5	8
	Personal Técnico	0	4	5	1	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	0	3	3	1	1	8	13
	Otra Profesión	1	1	5	3	0	10	17
	Personal Técnico	1	3	4	3	1	12	20
Total		4	16	23	14	3	60	100
%		7	27	38	23	5	100	

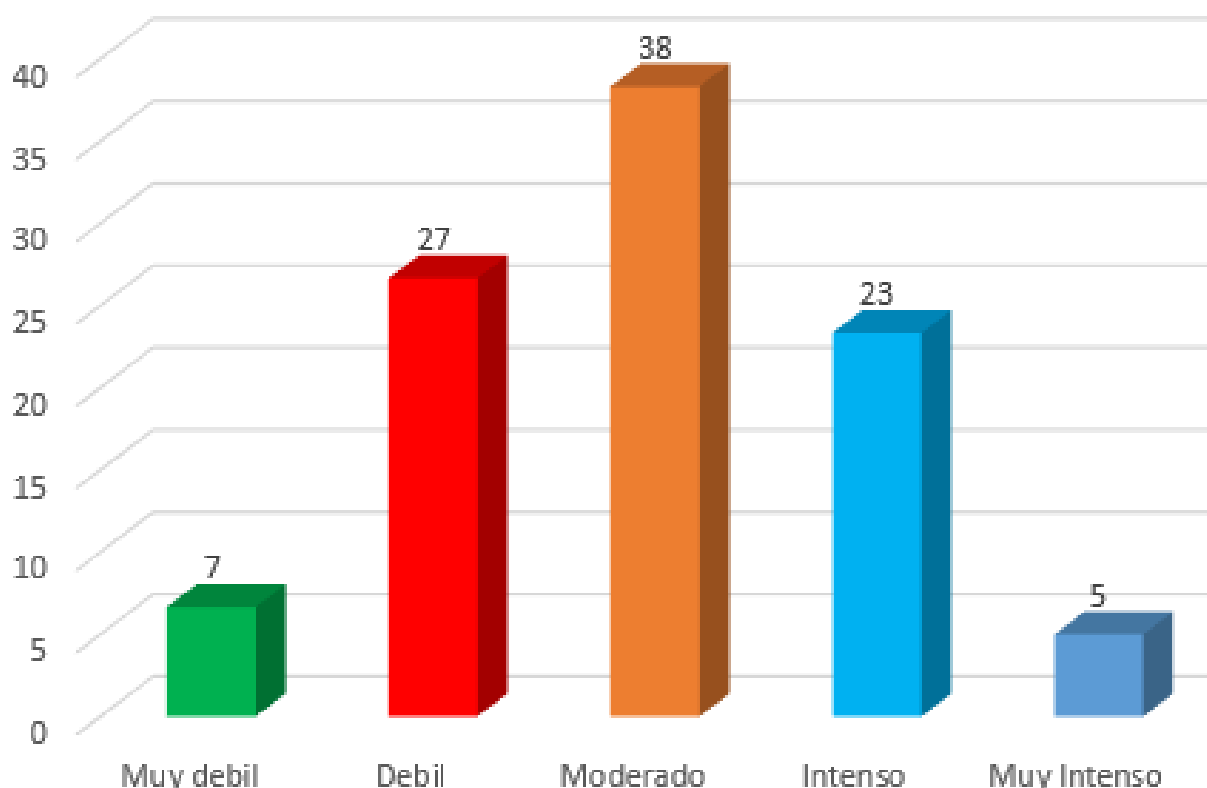


Figura N° 23: Opinión sobre Acceso y cobertura universal

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre cómo perciben el "Acceso y cobertura universal", el 40% manifestó su respuesta

como moderado, 27% como débil, 23% como intenso, 7% como muy débil y el 5% como muy intenso

Tabla N° 23: Opinión sobre atención integral e integrada

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Atención integral e integrada					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	0	2	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	0	1	1	0	1	3	5
	Personal Técnico	3	0	1	1	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	3	0	2	0	0	5	8
	Otra Profesión	1	0	3	1	0	5	8
	Personal Técnico	1	4	4	1	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	0	4	3	0	1	8	13
	Otra Profesión	2	4	2	1	1	10	17
	Personal Técnico	6	3	2	1	0	12	20
Total		16	18	18	5	3	60	100
%		27	30	30	8	5	100	

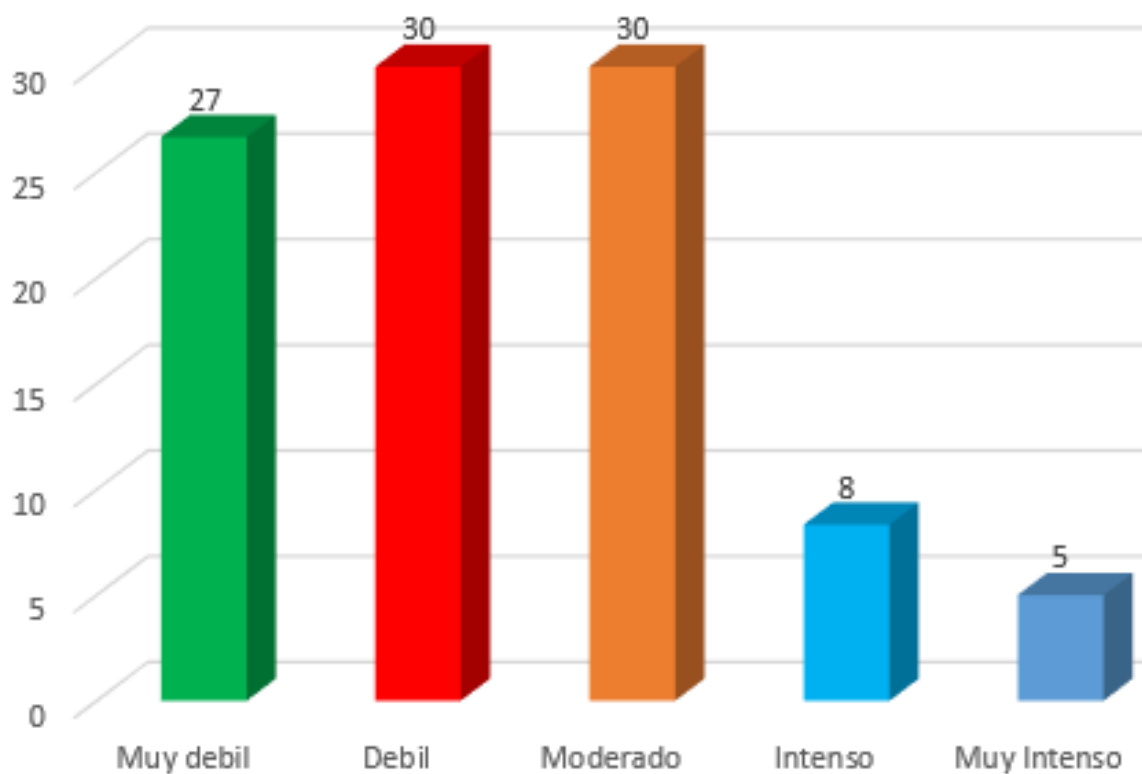


Figura N° 24: Opinión sobre atención integral e integrada

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre cómo perciben la “Atención integral e integrada”, el 30% manifestó su respuesta como moderado, 30% como débil, 27% como muy débil, 8% como intenso y el 5% como muy intenso

Tabla N° 24: Opinión sobre énfasis en la promoción y prevención

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Énfasis en la promoción y prevención					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	1	0	0	1	0	2	3
	Otra Profesión	0	1	0	2	0	3	5
	Personal Técnico	0	1	2	2	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	0	0	2	3	0	5	8
	Otra Profesión	0	0	0	5	0	5	8
	Personal Técnico	0	3	2	3	2	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	0	3	2	3	0	8	13
	Otra Profesión	0	2	5	2	1	10	17
	Personal Técnico	2	1	4	4	1	12	20
Total		3	11	17	25	4	60	100
%		5	18	28	42	7	100	

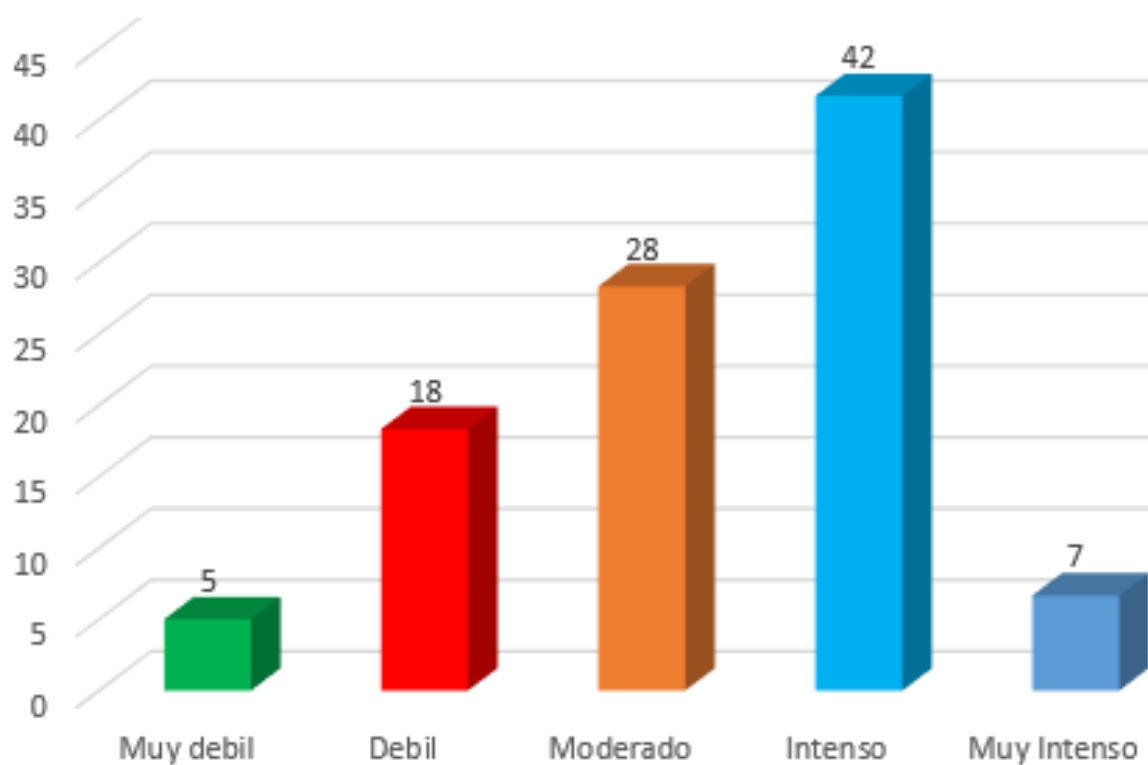


Figura N° 25: Opinión sobre énfasis en la promoción y prevención

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre cómo perciben el “Énfasis en la promoción y prevención”, el 42% como intenso, el 28% manifestó su respuesta como moderado, 18% como débil, 5% como muy débil, el 7% como muy intenso

Tabla N° 25: Opinión sobre atención apropiada

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Atención apropiada					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	2	0	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	3	0	0	0	0	3	5
	Personal Técnico	1	2	1	1	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	0	1	1	1	2	5	8
	Otra Profesión	1	1	2	1	0	5	8
	Personal Técnico	5	4	1	0	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	0	4	4	0	0	8	13
	Otra Profesión	1	4	4	1	0	10	17
	Personal Técnico	3	4	1	2	2	12	20
Total		16	20	14	6	4	60	100
%		27	33	23	10	7	100	

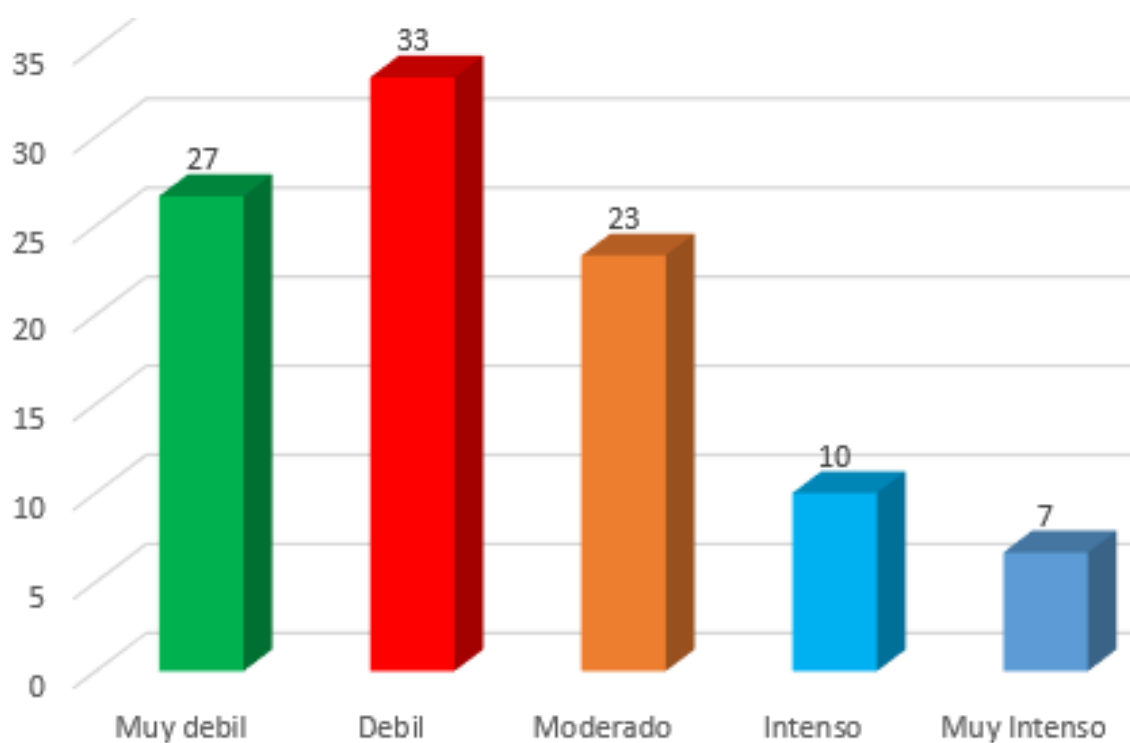


Figura N° 26: Opinión sobre atención apropiada

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre cómo perciben si la “Atención apropiada”, el 35% como débil, el 27% como muy débil, el 23% manifestó su respuesta como moderado, el 10% como intenso y el 7% como muy intenso

Tabla N° 26: Opinión sobre la orientación familiar y comunitaria

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Orientación familiar y comunitaria					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	0	1	1	0	0	2	3
	Otra Profesión	0	1	1	0	1	3	5
	Personal Técnico	0	0	3	2	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	1	1	0	3	0	5	8
	Otra Profesión	0	0	3	2	0	5	8
	Personal Técnico	1	2	5	2	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	0	0	2	6	0	8	13
	Otra Profesión	0	0	4	6	0	10	17
	Personal Técnico	0	1	2	8	1	12	20
Total		2	6	21	29	2	60	100
%		3	10	35	48	3	100	

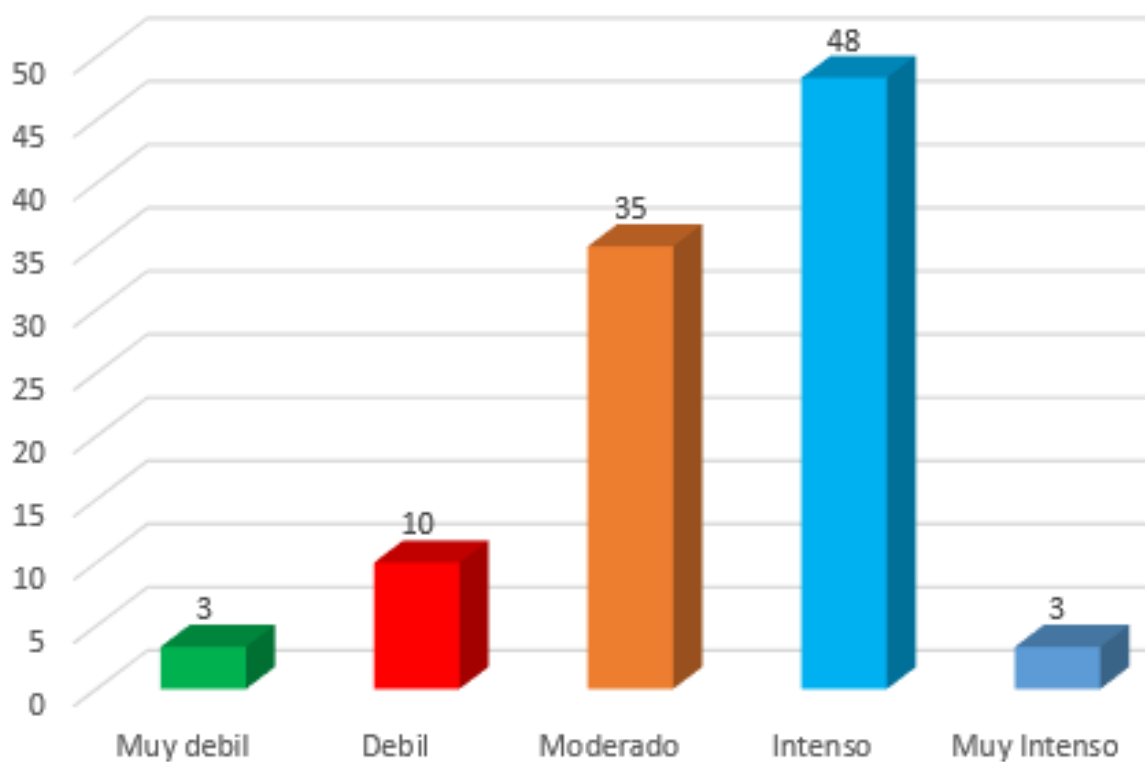


Figura N° 27: Opinión sobre la orientación familiar y comunitaria

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre cómo perciben la “Orientación familiar y comunitaria”, el 48% como intenso, el 35% manifestó su respuesta como moderado, el 10% como débil, el 3% como muy débil, y muy intenso

Tabla N° 27: Opinión sobre mecanismos activos de participación

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Mecanismos activos de participación					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	0	1	0	1	0	2	3
	Otra Profesión	2	1	0	0	0	3	5
	Personal Técnico	4	0	1	0	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	3	2	0	0	0	5	8
	Otra Profesión	1	1	2	1	0	5	8
	Personal Técnico	4	3	2	1	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	3	2	3	0	0	8	13
	Otra Profesión	2	2	3	2	1	10	17
	Personal Técnico	3	1	3	3	2	12	20
Total		22	13	14	8	3	60	100
%		37	22	23	13	5	100	

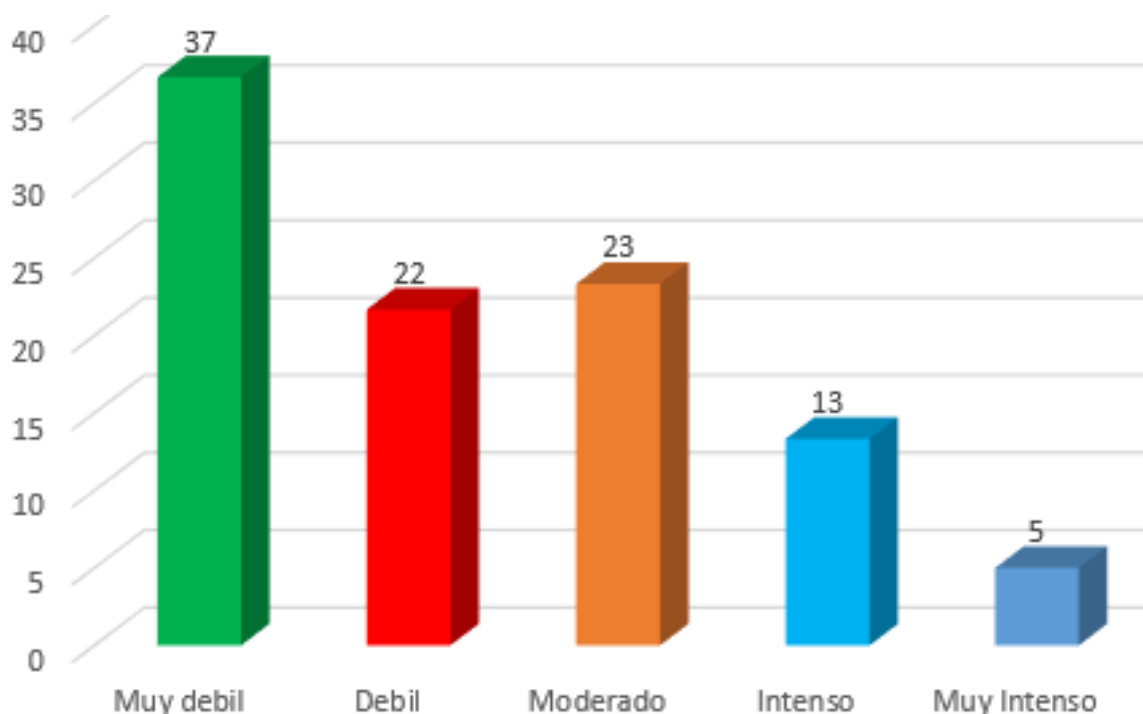


Figura N° 28: Opinión sobre mecanismos activos de participación

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre cómo perciben los “Mecanismos activos de participación”, el 37% como muy débil, el 22% como débil, el 23% manifestó su respuesta como moderado, el 13% como intenso, y el 5% como muy intenso

Tabla N° 28: Opinión sobre el marco legal e institucional

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Marco legal e institucional					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	1	0	1	0	0	2	3
	Otra Profesión	0	2	1	0	0	3	5
	Personal Técnico	2	1	2	0	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	2	3	0	0	0	5	8
	Otra Profesión	1	2	0	2	0	5	8
	Personal Técnico	2	4	2	0	2	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	3	4	1	0	0	8	13
	Otra Profesión	0	6	2	2	0	10	17
	Personal Técnico	5	6	0	1	0	12	20
Total		16	28	9	5	2	60	100
%		27	47	15	8	3	100	

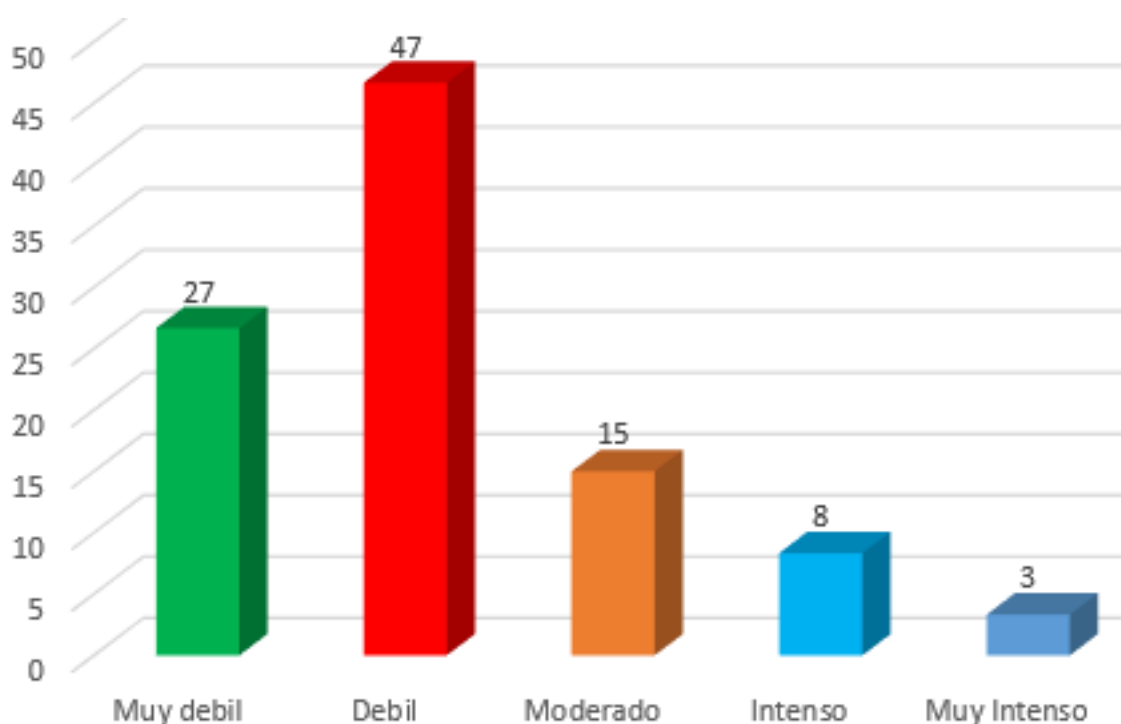


Figura N° 29: Opinión sobre el marco legal e institucional

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre cómo perciben la aplicabilidad del “Marco legal e institucional”, el 47% como débil, el 27% como muy débil, el 15% manifestó su respuesta como moderado, el 8% como intenso, y el 3% como muy intenso

Tabla N° 29: Opinión sobre organización y gestión óptimas

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Organización y gestión óptimas					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	1	1	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	0	2	1	0	0	3	5
	Personal Técnico	3	1	1	0	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	2	3	0	0	0	5	8
	Otra Profesión	0	3	1	0	1	5	8
	Personal Técnico	5	5	0	0	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	4	4	0	0	0	8	13
	Otra Profesión	5	4	1	0	0	10	17
	Personal Técnico	4	3	2	3	0	12	20
Total		24	26	6	3	1	60	100
%		40	43	10	5	2	100	

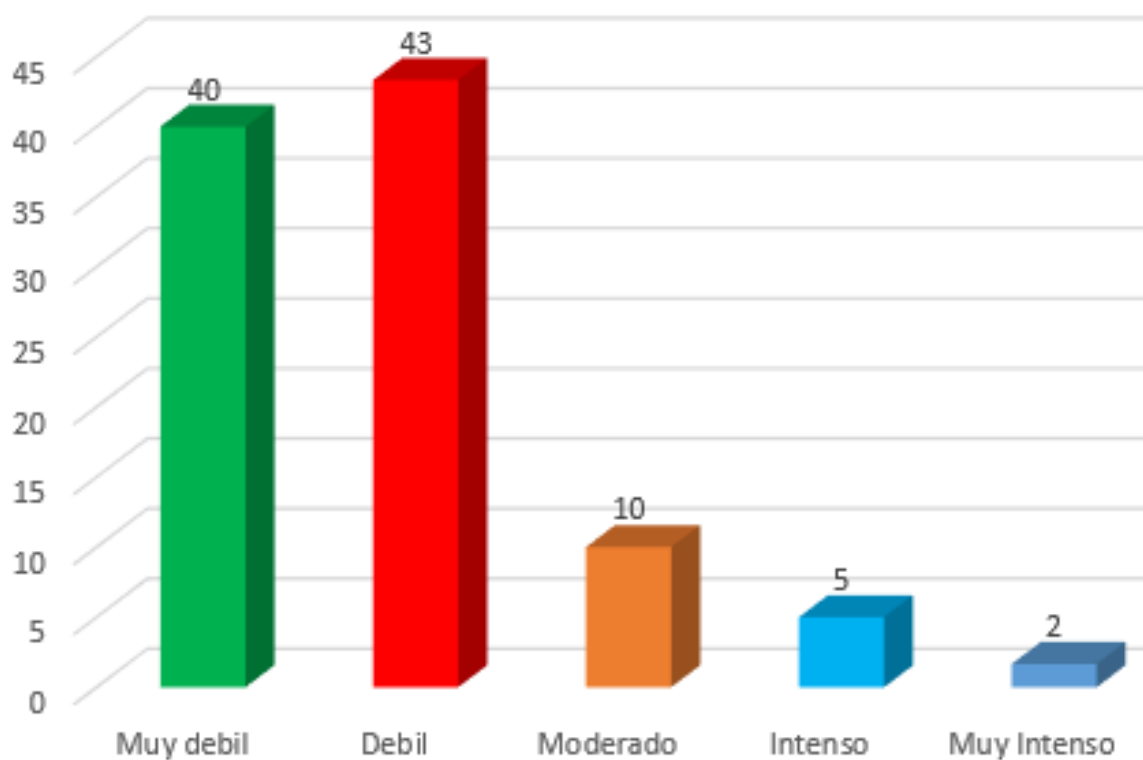


Figura N° 30: Opinión sobre organización y gestión óptimas

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre cómo perciben la “Organización y gestión óptimas”, el 43% como débil, el 40% como muy débil, el 10% manifestó su respuesta como moderado, el 5% como intenso, y el 2% como muy intenso

Tabla N° 30: Opinión sobre políticas y programas pro equidad

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Políticas y programas pro equidad					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	0	1	1	0	0	2	3
	Otra Profesión	3	0	0	0	0	3	5
	Personal Técnico	1	3	1	0	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	2	1	1	1	0	5	8
	Otra Profesión	5	0	0	0	0	5	8
	Personal Técnico	4	2	2	1	1	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	2	4	1	1	0	8	13
	Otra Profesión	2	5	2	0	1	10	17
	Personal Técnico	5	2	3	2	0	12	20
Total		24	18	11	5	2	60	100
%		40	30	18	8	3	100	

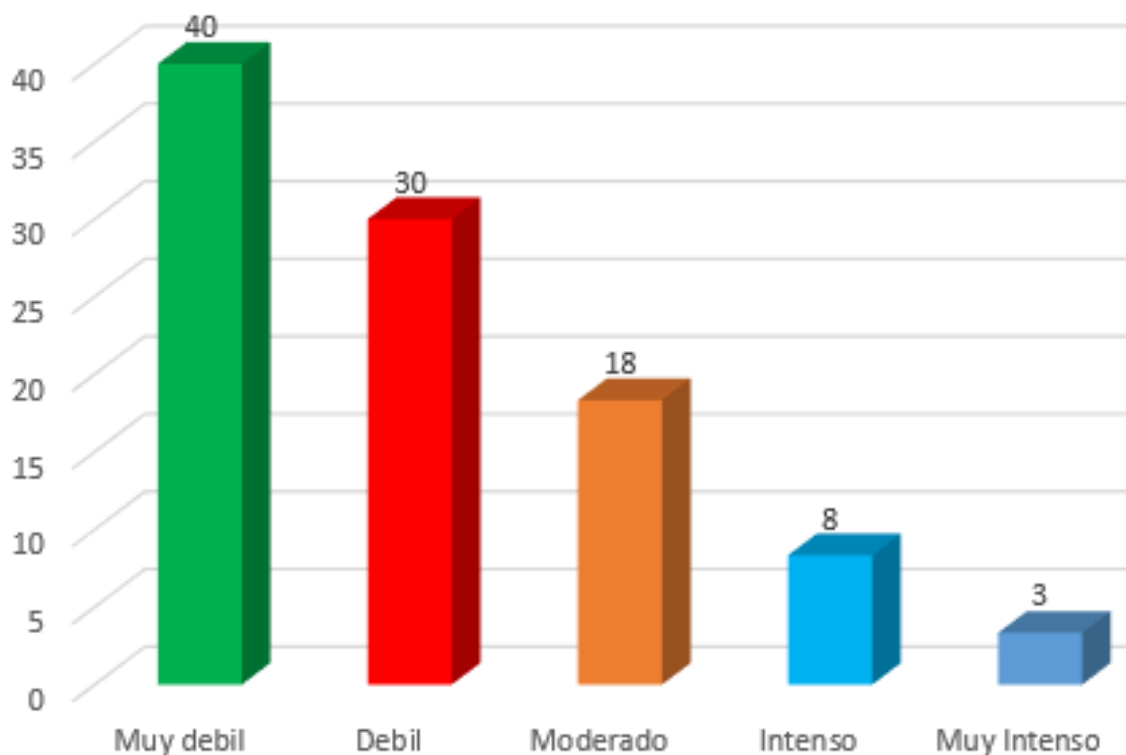


Figura N° 31: Opinión sobre políticas y programas pro equidad

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre cómo perciben las “Políticas y programas pro equidad”, el 30% como débil, el 40% como muy débil, el 18% manifestó su respuesta como moderado, el 8% como intenso, y el 3% como muy intenso.

Tabla N° 31: Opinión sobre el primer contacto con pacientes

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Primer contacto con pacientes					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	2	0	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	0	1	1	1	0	3	5
	Personal Técnico	2	1	2	0	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	2	1	2	0	0	5	8
	Otra Profesión	1	1	3	0	0	5	8
	Personal Técnico	4	2	3	1	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	0	5	2	1	0	8	13
	Otra Profesión	3	2	2	2	1	10	17
	Personal Técnico	4	5	2	0	1	12	20
Total		18	18	17	5	2	60	100
%		30	30	28	8	3	100	

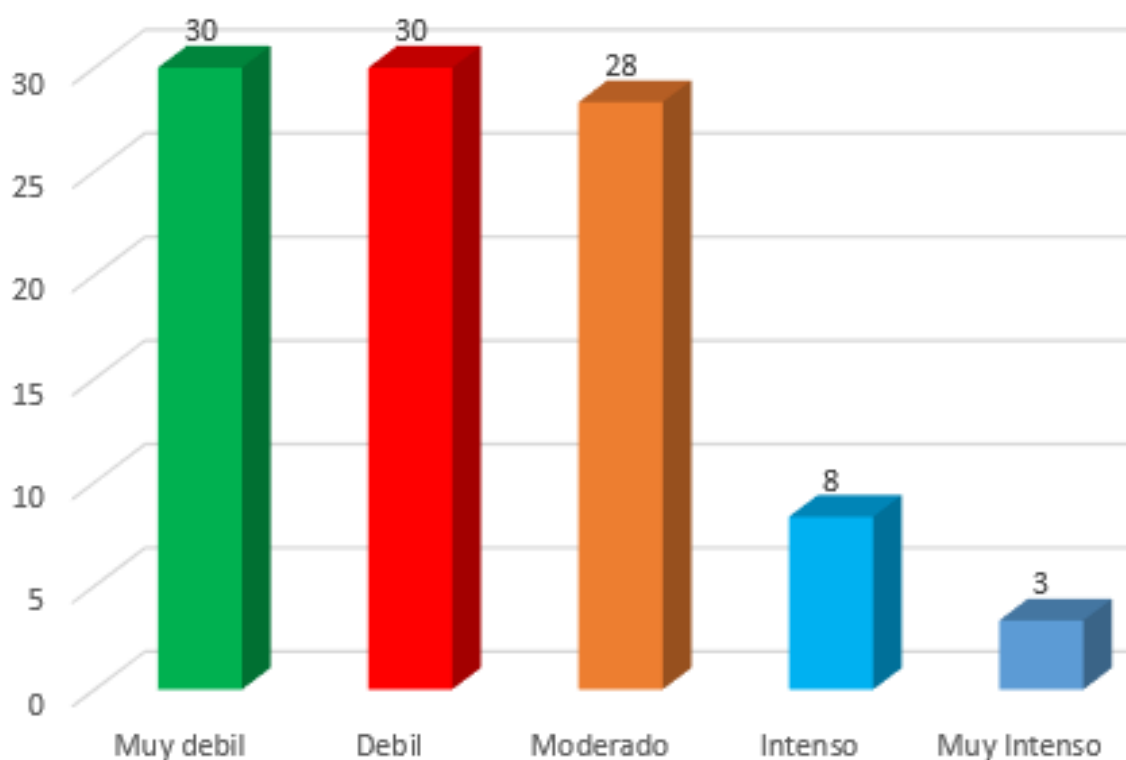


Figura N° 32: Opinión sobre el primer contacto con pacientes

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre cómo perciben el “Primer contacto con pacientes”, el 30% como débil y muy débil, el 28% manifestó su respuesta como moderado, el 8% como intenso, y el 3% como muy intenso.

Tabla N° 32: Opinión sobre los recursos humanos apropiados

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Recursos humanos apropiados					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	1	1	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	0	2	0	0	1	3	5
	Personal Técnico	1	1	1	2	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	2	0	3	0	0	5	8
	Otra Profesión	2	1	2	0	0	5	8
	Personal Técnico	2	1	4	1	2	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	2	0	3	3	0	8	13
	Otra Profesión	3	2	1	3	1	10	17
	Personal Técnico	1	4	4	2	1	12	20
Total		14	12	18	11	5	60	100
%		23	20	30	18	8	100	

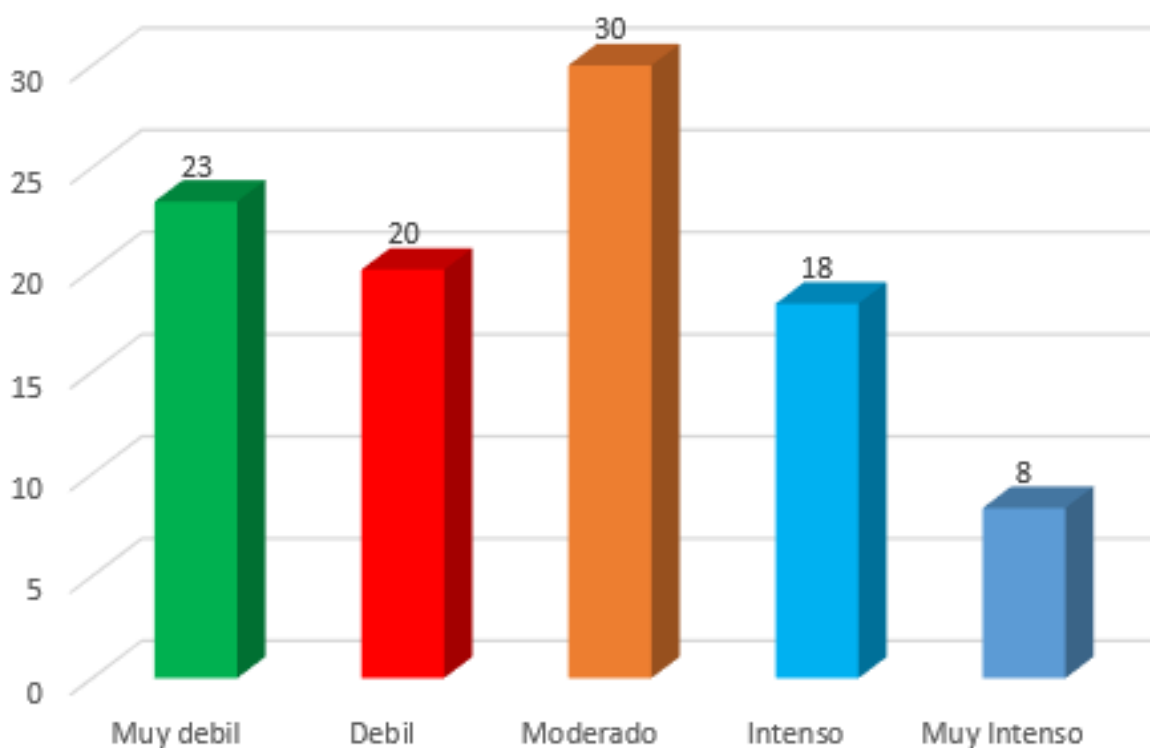


Figura N° 33: Opinión sobre los recursos humanos apropiados

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre los “Recursos humanos apropiados”, el 23% como muy débil, el 20% como débil, el 30% manifestó su respuesta como moderado, el 18% como intenso, y el 8% como muy intenso.

Tabla N° 33: Opinión sobre los recursos adecuados y sostenibles

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Recursos adecuados y sostenibles					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	0	1	0	0	1	2	3
	Otra Profesión	0	1	2	0	0	3	5
	Personal Técnico	0	3	0	2	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	0	2	2	1	0	5	8
	Otra Profesión	0	0	2	3	0	5	8
	Personal Técnico	1	1	5	3	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	0	3	1	2	2	8	13
	Otra Profesión	1	3	5	0	1	10	17
	Personal Técnico	1	4	3	4	0	12	20
Total		3	18	20	15	4	60	100
%		5	30	33	25	7	100	

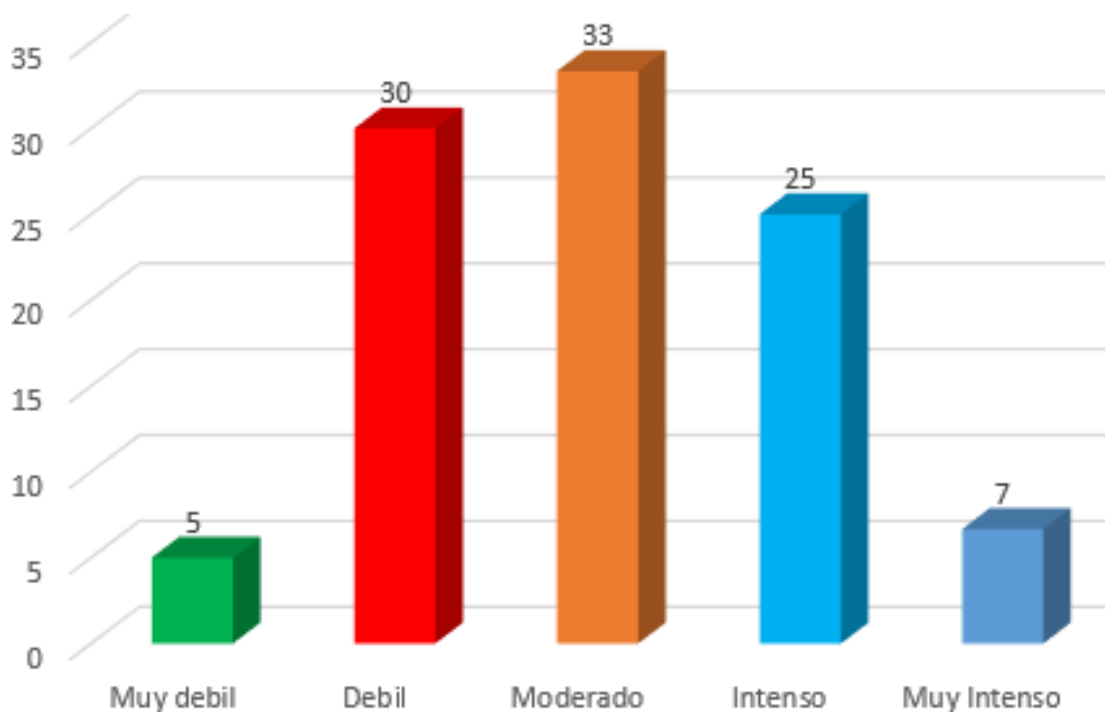


Figura N° 34: Opinión sobre los recursos adecuados y sostenibles

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre cómo perciben los “Recursos adecuados y sostenibles”, el 30% manifestó su respuesta como moderado, el 30% como débil, el 25% como intenso, y el 7% como muy intenso

Tabla N° 34: Opinión sobre acciones intersectoriales

Establecimientos de atención primaria	Nivel como profesional	Primer contacto con pacientes					Total Establecim	%
		Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy Intenso		
Est Fraternidad de Huaycan	Medico	2	0	0	0	0	2	3
	Otra Profesión	0	1	1	1	0	3	5
	Personal Técnico	2	1	2	0	0	5	8
Est Santa Clara	Medico	2	1	2	0	0	5	8
	Otra Profesión	1	1	3	0	0	5	8
	Personal Técnico	4	2	3	1	0	10	17
Est Centro materno Infantil	Medico	0	5	2	1	0	8	13
	Otra Profesión	3	2	2	2	1	10	17
	Personal Técnico	4	5	2	0	1	12	20
Total		18	18	17	5	2	60	100
%		30	30	28	8	3	100	

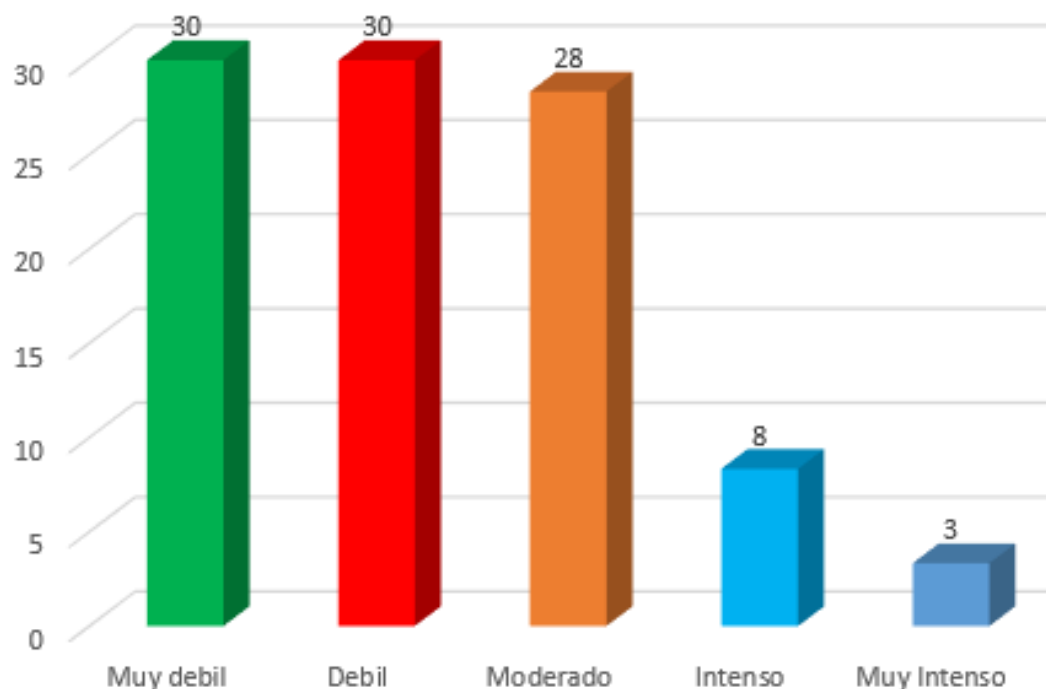


Figura N° 35: Opinión sobre acciones intersectoriales

Análisis e Interpretación: La respuesta de 60 trabajadores a la pregunta sobre cómo perciben el “Primer contacto con pacientes”, el 30% manifestó su respuesta como muy débil y débil, el 28% como moderado, el 8% como intenso, y el 3% como muy intenso

4.2 CONTRASTACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

4.2.1 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS GENERAL:

Variables:

V. I. : INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

V. D.: SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Hipótesis General.

Ho: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel bajo de Innovación en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

Hi: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto de Innovación en la Atención Primaria de Salud y esto garantiza la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

Tabla N° 35: Tabla de contingencia SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (agrupado) * INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (agrupado)

		INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (agrupado)			Total	
		Débil	Moderado 1	Moderado 2		
SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	Débil	Recuento	3	1	0	4
		% INNOVACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	8,1%	7,7%	0,0%	6,7%
	Moderado 1	Recuento	12	7	4	23
		% INNOVACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	32,4%	53,8%	40,0%	38,3%
	moderado 2	Recuento	18	3	5	26
		% INNOVACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	48,6%	23,1%	50,0%	43,3%
	Intenso	Recuento	4	2	1	7
		% INNOVACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	10,8%	15,4%	10,0%	11,7%
Total		Recuento	37	13	10	60
		% INNOVACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación de resultados para una tabla de 4 X 3 (Tabla N° 35): Primero aparece la tabla cruzada con frecuencias y porcentajes entre INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD y SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD de 7 y 53.8% como moderado para ambas variables

Tabla N° 36: Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,738 ^a	6	,712
Razón de verosimilitudes	4,551	6	,603
Asociación lineal por lineal	,002	1	,966
N de casos válidos	60		

a. 9 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,67.

En este caso la prueba de hipótesis Con $X^2 = 3.738$, $gl = 6$, $p = 0.712$, como la significancia es mayor que 0.05 se acepta H_0 , por lo que la Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un **NIVEL BAJO** de Innovación en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

4.2.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hipótesis Específicos 1

Ho1: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel bajo en la implementación de la Función de agencia en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Organización y gestión óptima y Atención integral e integrada dentro del Marco legal e institucional, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

Hi1: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto en la implementación de la Función de agencia en la Atención Primaria de Salud y esto garantiza la Organización y gestión óptima y Atención integral e integrada dentro del Marco legal e institucional, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

Tabla Nº 37: Tabla de contingencia SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (agrupado) * • FUNCIÓN DE AGENCIA (agrupado)

			• FUNCIÓN DE AGENCIA (agrupado)			Total
			débil	moderado	intenso	
SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (agrupado)	Débil	Recuento	3	1	0	4
		% dentro de • FUNCIÓN DE AGENCIA (agrupado)	8,3%	5,0%	0,0%	6,7%
	Moderado1	Recuento	12	8	3	23
		% dentro de • FUNCIÓN DE AGENCIA (agrupado)	33,3%	40,0%	75,0%	38,3%
	moderado2	Recuento	18	7	1	26
		% dentro de • FUNCIÓN DE AGENCIA (agrupado)	50,0%	35,0%	25,0%	43,3%
	Intenso	Recuento	3	4	0	7

		% dentro de • FUNCIÓN DE AGENCIA (agrupado)	8,3%	20,0%	0,0%	11,7%
Total		Recuento	36	20	4	60
		% dentro de • FUNCIÓN DE AGENCIA (agrupado)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación de resultados para una tabla de 4 X 3: Primero aparece la tabla cruzada con frecuencias y porcentajes entre FUNCIÓN DE AGENCIA y SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD de 3 y 75.0% como intenso y moderado.

Tabla N° 38: **Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,152 ^a	6	,524
Razón de verosimilitudes	5,472	6	,485
Asociación lineal por lineal	,045	1	,832
N de casos válidos	60		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

En este caso la prueba de hipótesis Con $X^2 = 5.152$, $gl = 6$, $p = 0.524$, como la significancia es mayor que 0.05 se acepta H_0 , por lo que la Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un **NIVEL BAJO** en la implementación de la Función de agencia en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Organización y gestión óptima y Atención integral e integrada dentro del Marco legal e institucional, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

Hipótesis Específicos 2

Ho2: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel bajo en la implementación de la Función de coordinación y garantía de continuidad en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Orientación familiar y comunitaria, las Políticas y programas pro equidad, las Acciones intersectoriales, Recursos adecuados y sostenibles y los Mecanismos activos de participación, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

Hi2: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto en la implementación de la Función de coordinación y garantía de continuidad en la Atención Primaria de Salud y esto garantiza la Orientación familiar y comunitaria, las Políticas y programas pro equidad, las Acciones intersectoriales, Recursos adecuados y sostenibles y los Mecanismos activos de participación, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

Tabla N° 39: Tabla de contingencia SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (agrupado) * • FUNCIÓN DE COORDINACIÓN Y GARANTÍA DE CONTINUIDAD (agrupado)

		• FUNCIÓN DE COORDINACIÓN Y GARANTÍA DE CONTINUIDAD (agrupado)			Total		
		Débil	Moderado	Intenso			
SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (agrupado)	Débil	Recuento	3	1	0	4	
		% dentro de • función de coordinación y garantía de continuidad (agrupado)	7,9%	12,5%	0,0%	6,7%	
	Moderado 1	Recuento	14	4	5	23	
		% dentro de • función de coordinación y garantía de continuidad (agrupado)	36,8%	50,0%	35,7%	38,3%	
	moderado 2	Recuento	17	3	6	26	
		% dentro de • función de coordinación y garantía de continuidad (agrupado)	44,7%	37,5%	42,9%	43,3%	
	Intenso	Recuento	4	0	3	7	
		% dentro de • función de coordinación y garantía de continuidad (agrupado)	10,5%	0,0%	21,4%	11,7%	
	Total		Recuento	38	8	14	60

Interpretación de resultados para una tabla de 4 X 3 (*Tabla N° 40*): Primero aparece la tabla cruzada con frecuencias y porcentajes entre la FUNCIÓN DE COORDINACIÓN Y GARANTÍA DE CONTINUIDAD Y SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD de 4 y 50.0% como moderado

Tabla N° 41: Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,959 ^a	6	,682
Razón de verosimilitudes	5,487	6	,483
Asociación lineal por lineal	,740	1	,390
N de casos válidos	60		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,53.

En este caso la prueba de hipótesis Con $X^2 = 3.959$, $gl = 6$, $p = 0.682$, como la significancia es mayor que 0.05 se acepta H_0 , por lo que la Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel bajo en la implementación de la Función de coordinación y garantía de continuidad en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Orientación familiar y comunitaria, las Políticas y programas pro equidad, las Acciones intersectoriales, Recursos adecuados y sostenibles y los Mecanismos activos de participación, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016..

Hipótesis Específicos 3

Ho3: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto en la implementación de la Función de regulación de flujos de pacientes en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Énfasis en la promoción y prevención, la Atención apropiada, al Primer contacto y al Acceso y cobertura universal, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

Hi3: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto en la implementación de la Función de regulación de flujos de pacientes en la Atención Primaria de Salud y esto garantiza el Énfasis en la promoción y prevención, la Atención apropiada, al Primer contacto y al Acceso y cobertura universal, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

Tabla N° 42: Tabla de contingencia SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (agrupado) * • FUNCIÓN DE REGULACIÓN DE FLUJOS DE PACIENTES

			• FUNCIÓN DE REGULACIÓN DE FLUJOS DE PACIENTES			Total
			Débil	Moderado	Intenso	
SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (agrupado)	Débil	Recuento	4	0	0	4
		% dentro de • FUNCIÓN DE REGULACIÓN DE FLUJOS DE PACIENTES (agrupado)	8,7%	0,0%	0,0%	6,7%
	Moderado1	Recuento	17	4	2	23
		% dentro de • FUNCIÓN DE REGULACIÓN DE FLUJOS DE PACIENTES (agrupado)	37,0%	36,4%	66,7%	38,3%
	moderado2	Recuento	19	6	1	26
		% dentro de • FUNCIÓN DE REGULACIÓN DE FLUJOS DE PACIENTES (agrupado)	41,3%	54,5%	33,3%	43,3%
	Intenso	Recuento	6	1	0	7
		% dentro de • FUNCIÓN DE REGULACIÓN DE FLUJOS DE PACIENTES (agrupado)	13,0%	9,1%	0,0%	11,7%
	Total	Recuento	46	11	3	60
		% dentro de • FUNCIÓN DE REGULACIÓN DE FLUJOS DE PACIENTES (agrupado)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación de resultados para una tabla de 4 X 3: Primero aparece la tabla cruzada con frecuencias y porcentajes entre • FUNCIÓN DE REGULACIÓN DE FLUJOS DE PACIENTES y SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD de 6 y 54.5% como moderado.

Tabla N° 43: **Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,799 ^a	6	,834
Razón de verosimilitudes	3,928	6	,686
Asociación lineal por lineal	,004	1	,952
N de casos válidos	60		

a. 9 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

En este caso la prueba de hipótesis Con $X^2 = 2.799$, $gl = 6$, $p = 0.834$, como la significancia es mayor que 0.05 se acepta H_0 , por lo que la Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto en la implementación de la Función de regulación de flujos de pacientes en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Énfasis en la promoción y prevención, la Atención apropiada, al Primer contacto y al Acceso y cobertura universal, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

CAPITULO V: DISCUSION

○ 5.1 CONTRASTACION DE LOS RESULTADOS

5.1.1 Contrastación de la hipótesis general

En este caso la prueba de hipótesis Con $X^2 = 3.738$, $gl = 6$, $p = 0.712$, como la significancia es mayor que 0.05 se acepta H_0 , por lo que la Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un **NIVEL BAJO** de Innovación en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016. La Atención primaria de salud es visto como una condición esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, según las causas fundamentales en salud y como un derecho humano, y para renovarla debemos aprovechar las lecciones aprendidas y las buenas prácticas acumuladas, nuestras experiencias, y reinterpretar y modernizar el enfoque y la práctica de la APS para afrontar los desafíos del Siglo XXI, y hasta la fecha poco o nada se hizo y se quiere hacer, debido a que nuestro sistema ha sido formado de esta manera o porque las normativas referidas para tener una mejor gestión no está alineada a las exigencias actuales.

En casi todos los países de la región han mejorado los valores promedio de los indicadores de salud: la mortalidad infantil se ha reducido en casi un tercio; la mortalidad por todas las causas ha disminuido en un 25 por ciento en términos absolutos; la esperanza de vida ha aumentado en promedio seis años; las muertes por enfermedades contagiosas y del sistema circulatorio se han reducido en un 25 por ciento y las muertes por condiciones perinatales han decrecido en un 35 por ciento.

5.1.2 Contrastación de la hipótesis específicas

Para la prueba de la hipótesis Especifica 1, $X^2 = 5.152$, $gl = 6$, $p = 0.524$, como la significancia es mayor que 0.05 se acepta H_0 , por lo que la

Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un **NIVEL BAJO** en la implementación de la Función de agencia en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Organización y gestión óptima y Atención integral e integrada dentro del Marco legal e institucional, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

Para la prueba de la hipótesis Especifica 2, $X^2 = 3.959$, $gl = 6$, $p = 0.682$, como la significancia es mayor que 0.05 se acepta H_0 , por lo que la Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel bajo en la implementación de la Función de coordinación y garantía de continuidad en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Orientación familiar y comunitaria, las Políticas y programas pro equidad, las Acciones intersectoriales, Recursos adecuados y sostenibles y los Mecanismos activos de participación, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

Para la prueba de la hipótesis Especifica 3, $X^2 = 2.799$, $gl = 6$, $p = 0.834$, como la significancia es mayor que 0.05 se acepta H_0 , por lo que la Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto en la implementación de la Función de regulación de flujos de pacientes en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Énfasis en la promoción y prevención, la Atención apropiada, al Primer contacto y al Acceso y cobertura universal, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

5.1.2 Contrastación de los resultados con los referentes bibliográficos.

Según (Giraldo Osorio & Vélez Álvarez, 2014) las actividades estaban dirigidas a grupos prioritarios. Los medios por los cuales los usuarios se beneficiaron del servicio fueron visita familiar, jornada de salud, unidad móvil y reuniones comunitarias. Los factores que se relacionaron con la utilización de los servicios fueron edad, género, accesibilidad geográfica, satisfacción con la

última atención recibida, percepción del estado de salud y recuperarse como una razón para solicitar una atención. Estos resultados concuerdan con la percepción de nuestra población, quienes opinaron sobre la “Atención integral e integrada” que un 30% manifestó su respuesta como moderado, 30% como débil, 27% como muy débil, 8% como intenso y el 5% como muy intenso, concluyendo que si hay los beneficios, pero este servicio, pero es de baja calidad considerado en un 57% entre débil y muy débil.

Nuestros resultados sobre cómo perciben el “Énfasis en la promoción y prevención”, el 42% como intenso, el 28% manifestó su respuesta como moderado, 18% como débil, 5% como muy débil, el 7% como muy intenso; y su percepción sobre cómo perciben o si se tiene una “Atención apropiada”, el 35% como débil, el 27% como muy débil, el 23% manifestó su respuesta como moderado, el 10% como intenso y el 7% como muy intenso. La percepción sobre la “Orientación familiar y comunitaria”, el 48% lo manifiesta como intenso, el 35% manifestó su respuesta como moderado, el 10% como débil, el 3% como muy débil y muy intenso

Los “Mecanismos activos de participación” se perciben en un 37% como muy débil, el 22% como débil, el 23% manifestó su respuesta como moderado, el 13% como intenso, y el 5% como muy intenso. Sobre el “Recurso humano actual con dominio en TICs” el 37% manifestó su respuesta como muy débil, 47% como débil y el 10% como moderado. El “Nivel en el Desarrollo de programas web en atención primaria” representa un 48% como muy débil, 35% como débil y el 10% como moderado; y la “Capacitación en políticas del estado en atención primaria” indica que el 40% manifestó su respuesta como muy débil, 42% como débil y el 13% como moderado.

La población sobre la “Priorización en uso de TICS” manifestó que el 40% de su respuesta es muy débil, 43% como débil y el 10% como moderado, y sobre cómo perciben el “Acceso y cobertura universal”, el 40% manifestó su respuesta como moderado, 27% como débil, 23% como intenso, 7% como muy débil y el 5% como muy intenso

SANIDAD (España, 2007) Con la reforma se consiguió acercar los servicios básicos sanitarios a toda la población con la construcción de nuevos centros de salud, la incorporación a ellos de Médicos de Familia, Pediatras y Enfermeras con muy buenos niveles de formación, implantando el trabajo en equipo, incrementando el tiempo de consulta, la cartera de servicios e incorporando programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades a la actividad asistencial.

Sobre cómo perciben la “Organización y gestión óptimas”, el 43% como débil, el 40% como muy débil, el 10% manifestó su respuesta como moderado, el 5% como intenso, y el 2% como muy intenso, y sobre cómo perciben las “Políticas y programas pro equidad”, el 30% como débil, el 40% como muy débil, el 18% manifestó su respuesta como moderado, el 8% como intenso, y el 3% como muy intenso. Acercar los servicios básicos sanitarios a toda la población está alineado a como perciben el “Primer contacto con pacientes”, donde el 30% opina como débil y muy débil, el 28% manifestó su respuesta como moderado, el 8% como intenso, y el 3% como muy intenso.

Sobre los “Recursos humanos apropiados”, el 23% como muy débil, el 20% como débil, el 30% manifestó su respuesta como moderado, el 18% como intenso, y el 8% como muy intenso. Los servicios básicos sobre cómo perciben la aplicabilidad del “Marco legal e institucional”, el 47% como débil, el 27% como muy débil, el 15%

manifestó su respuesta como moderado, el 8% como intenso, y el 3% como muy intenso, En relación a la percepción sobre los “Recursos adecuados y sostenibles”, el 30% manifestó su respuesta como moderado, el 30% como débil, el 25% como intenso, y el 7% como muy intenso.

(Bruno Rubio, Bustamante Llinás, & Jiménez Hamburguen, 2015) El nivel de conocimiento demuestra la necesidad de capacitación, movilización y empoderamiento con respecto a la atención primaria en salud para el profesional de enfermería. El desconocimiento de aspectos inherentes a política, planificación y gestión en APS dificulta la puesta en marcha de la misma en el territorio, lo cual obstaculiza el posicionamiento y rol de la enfermería en atención primaria.

Sobre si se “Se selecciona pacientes con el uso de Internet” el 38% manifestó su respuesta como muy débil, 45% como débil y el 8% como moderado. El “Uso de Internet por profesionales y técnicos para el desarrollo de tareas en el hospital” el 38% manifestó su respuesta como muy débil, 50% como débil y el 7% como moderado, y sobre “Los profesionales de atención primaria en relación a las innovaciones organizativas” el 48% manifestó su respuesta como muy débil, 38% como débil y el 8% como moderado.

La Organización Panamericana de la Salud, (Washington, 2008), La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población. Los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos producidos desde la celebración de la Conferencia de Alma Ata acarrearán la necesidad de una revisión profunda de la

estrategia de APS para que pueda dar respuesta a las necesidades en salud y desarrollo de la población en el mundo.

Nuestros resultados arrojan resultados referentes sobre si “Hay Desarrollo de la telemedicina a partir de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y de los sensores” el 37% manifestó su respuesta como muy débil, 47% como débil y 10% como moderado. El “Crecimiento de programas de garantía de calidad y de evaluaciones de tecnologías sanitarias” indican que el 38% manifestó su respuesta como muy débil, 30% como débil y 23% como moderado, y sobre el “Desarrollo de la gestión clínica” el 37% manifestó su respuesta como muy débil, 27% como débil y el 27% como moderado.

Sobre la “Necesidad de profesionalización en gestión de I+D” el 22% manifestó su respuesta como muy débil, 32% como débil y el 35% como moderado, y sobre “Conciliar el crecimiento del gasto sanitario con una mayor calidad asistencial a través de la investigación de resultados en salud (outcomes)” el 38% manifestó su respuesta como muy débil, 47% como débil y el 8% como moderado. En relación al tema de “Formar especialistas o residentado medico durante 3 años en medicina familiar o preventiva” el 28% manifestó su respuesta como muy débil, 30% como débil y el 30% como moderado

Ávalos (México, 2010), La evaluación de la calidad de la atención médica se ajusta plenamente a todo lo señalado anteriormente con respecto a la conceptualización de la evaluación y a su papel en el campo de la gerencia. Lo distinto es su capacidad para adaptarse a las particularidades de los sistemas, procesos e instituciones de salud, a lo cual se ha hecho referencia anteriormente.

Sobre cómo perciben el “Primer contacto con pacientes”, el 30% manifestó su respuesta como muy débil y débil, el 28% como moderado, el 8% como intenso, y el 3% como muy intenso. La respuesta de 60 trabajadores sobre innovación organizativa fue que el 33% indicó como muy débil, el 47% como débil, y un 8% como moderado; Sobre si “Hay Desarrollo tecnológico en enfermedades prevenibles” el 23% manifestó su respuesta como muy débil, 38% como débil y 27% como moderado. Sobre si hay Convergencia entre los servicios sociales y médicos” el 38% manifestó su respuesta como muy débil, 23% como débil y 30% como moderado.

○ 5.2 APOORTE CIENTIFICO DE LA INVESTIGACION

Una mayor prevalencia de enfermedades crónicas en el crecimiento y progresivo envejecimiento de la población han generado un aumento en las consultas de Atención Primaria, acompañado del incremento de recursos y de la adaptación organizativa. Contar con retos ligados al desarrollo tecnológico, la inmigración, los distintos modelos organizativos, la coordinación entre Atención Primaria y Especializada, y la capacidad de resolución de la Atención Primaria, como una de las funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde la Atención Primaria de salud asegurará una mejor calidad de vida y sostenible.

Se requiere impulsar el desarrollo de prospectivas tecnológicas y del conocimiento, en los aspectos ligados a la gestión de la información clínica, como en la gestión de las prestaciones y en la tele atención sanitaria cuyas funciones de investigación e innovación de la Atención Primaria permitirá reconocer la necesidad de mantener un alto nivel de cualificación y formación continuada de todos los profesionales de Atención Primaria para lograr un mejor desarrollo de sus funciones en términos sistémicos articulando mecanismos de participación ciudadana,

El objetivo es Analizar la Innovación en la Atención Primaria de Salud y como este influye en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud en la Red Lima Este, para lograr este objetivo debemos evaluar las estrategias en la Atención Primaria de calidad orientada al ciudadano, que tenga una alta capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial, contando con profesionales motivados y capacitados y con una organización descentralizada, participada, eficiente y eficaz.

La Atención Primaria de salud tiene al ciudadano como objeto y razón de ser de las organizaciones sanitarias y, por ello, todas sus actividades deben ir encaminadas a satisfacer sus necesidades y demandas. En una sociedad el ciudadano exige participación en los procesos de toma de decisiones que le afectan; esta participación no se debe limitar a su condición de paciente, sino que debe hacerse extensiva al ámbito comunitario y a las decisiones del conjunto del sistema y de sus organizaciones. Para mejorar la efectividad en esta línea de investigación son necesarias incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica incrementando la accesibilidad de los mismos a pruebas y tecnologías que favorezcan la capacidad de resolución y la calidad de la Atención Primaria y la puesta en marcha de guías clínicas como un efecto multiplicador como continuidad asistencial y de coordinación entre los diversos dispositivos sanitarios, siendo necesario acometer políticas de coordinación y comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada que integren los procesos asistenciales y que el ciudadano perciba continuidad en los cuidados y tratamiento a fin de optimizar los recursos y mejorar las herramientas de gestión para facilitar la consecución de sus fines y para hacer más eficiente la Atención Primaria

Las condiciones previas para el éxito de la alineación entre la innovación tecnológica y organizativa están contextualizadas la decisión desde la cúspide organizativa, la definición explícita de esfuerzo común, las personalidades de los líderes clave, la mentalidad abierta y cambio de

paradigma, la definición de recompensa y estímulo corporativo e individual y las Oportunidades de financiación.

Las diferentes políticas orientadas a modificar la estructura y los procesos de provisión de los servicios sanitarios se están orientando a la gestión de los procesos asistenciales y al desarrollo de la investigación de los resultados de la atención sanitaria, es por estas razones que la atención primaria es fuente de innovación y principal eje de sostenibilidad del sistema en el campo de la salud.

CONCLUSIONES

- La prueba de la hipótesis general, $X^2 = 3.738$, $gl = 6$, $p = 0.712$, tiene una significancia que es mayor que 0.05 por lo que se acepta H_0 , determinándose que la Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un **NIVEL BAJO** de Innovación en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.
- La respuesta de 60 trabajadores sobre innovación organizativa fue que el 33% indicó como muy débil, el 47% como débil, y un 8% como moderado; Sobre si “Hay Desarrollo tecnológico en enfermedades prevenibles” el 23% manifestó su respuesta como muy débil, 38% como débil y 27% como moderado. Sobre si hay Convergencia entre los servicios sociales y médicos” el 38% manifestó su respuesta como muy débil, 23% como débil y 30% como moderado, estos resultados permiten afirmar que se tiene un **NIVEL BAJO** en la implementación de la Función de agencia en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Organización y gestión óptima y Atención integral e integrada dentro del Marco legal e institucional, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.
- La respuesta de 60 trabajadores sobre “Los profesionales de atención primaria en relación a las innovaciones organizativas” el 48% manifestó su respuesta como muy débil, 38% como débil y el 8% como moderado y sobre el “Desarrollo de la gestión clínica” el 37% manifestó su respuesta como muy débil, 27% como débil y el 27% como moderado estos resultados permiten afirmar que se tiene un nivel bajo en la implementación de la Función de coordinación y garantía de continuidad en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Orientación familiar y comunitaria, las Políticas y programas pro equidad, las Acciones intersectoriales, Recursos adecuados y sostenibles y los Mecanismos

activos de participación, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.

- Sobre el “Recurso humano actual con dominio en TICs” el 37% manifestó su respuesta como muy débil, 47% como débil y el 10% como moderado, y en relación al “Nivel en el Desarrollo de programas web en atención primaria” el 48% manifestó su respuesta como muy débil, 35% como débil y el 10% como moderado estos resultados permiten afirmar que se tiene un nivel alto en la implementación de la Función de regulación de flujos de pacientes en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Énfasis en la promoción y prevención, la Atención apropiada, al Primer contacto y al Acceso y cobertura universal, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.
- La innovación tecnológica es el motor de la innovación organizativa, siendo débil en los 3 establecimientos de atención primaria, y no hay convergencia de servicios sociales y médicos. No hay Desarrollo tecnológico en enfermedades prevenibles cáncer, demencia, enfermedad de Alzheimer y materiales biocompatibles.

RECOMENDACIONES

- Priorizar inversiones para el desarrollo de investigaciones en el campo de la telemedicina a partir de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y de los sensores, dado a que en la fecha no hay un crecimiento de programas de garantía de calidad y de evaluaciones de tecnologías sanitarias.
- Propiciar el uso de Internet y desarrollo de plataformas a los médicos para la toma de decisiones en atención primaria que a la fecha no son favorables a las innovaciones organizativas y por ende no hay desarrollo de la gestión clínica, para una selección y tratamiento de pacientes.
- Necesidad de un especialización en la gestión I+D+i que optimizara el crecimiento del gasto sanitario con una mayor calidad asistencial a través de la investigación de resultados en salud (outcomes), para ello se debe optimizar la Atención en los 3 establecimientos propuestos en la presente investigación.
- Debe haber autonomía económico en cada establecimiento de salud con planes para formar al recurso humano y que cada profesional en el campo de la salud cuente con bonos que le permita tener una economía que le permita capacitarse permanentemente, dado el escaso recurso humano con especializaciones o residentado médico que se tienen a la fecha y que durante 3 años estén preparados para su servicio en medicina familiar o preventiva, que permitirá formar a Personal no capacitado para realizar programas de web en atención primaria, alineando a las políticas del estado en atención primaria donde no se prioriza el uso de las TICS.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] HERNANDEZ SAMPIERI, R. (2006). Metodología de la Investigación, Pg.71 México.
- [2] KURAMOTO, Juana y Máximo TORERO (2004). La participación pública y privada en la investigación, desarrollo e innovación tecnológica en el Perú. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo.
- [3] Carrera X. Desarrollo de Competencias Profesionales en el Área de Tecnología [Sede Web]. Dpto. Pedagogía y Psicología - Universidad de Lleida; [acceso el 10 de agosto 2011]. Disponible en
- [4] <http://www.cab.cnea.gov.ar/gaet/CompetenciasProfesionales.pdf>
- [5] CONCYTEC-CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA (2002). Perú ante la Sociedad del Conocimiento: Indicadores de Ciencia y Tecnología e Innovación 1960-2002. Lima: CONCYTEC.
- [6] Arroyo, J. Salud: La Reforma silenciosa. 1ª. Edición, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001
- [7] Sistema nacional de salud del Gobierno de España. Cartera de servicios de atención primaria. Ministerio de Sanidad y Política de Social/ Sistema de Información de Atención Primaria. Madrid, España. 2010.
- [8] Organización Panamericana Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC. OMS.2009.
- [9] Aliaga E. Políticas de Promoción de la Salud en el Perú: Retos y Perspectivas. Editado por Foro Salud y el Observatorio del Derecho a la Salud-CIES. Lima, Perú. 2009
- [10] Restrepo y Helena. Antecedentes Históricos de la Promoción de la Salud. Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. Editorial Médica Internacional LTDA, Bogotá, Colombia. 2001
- [11] Ministerio de Salud. Lineamientos de políticas de promoción de la salud. Lima. 2007
- [12] Pastor A. Los fenómenos emergentes en el sistema de salud del Perú. Rev Perú Epidemiol 2011;15 (3).

- [13] Medici A. Las reformas incompletas de salud en América Latina: Algunos elementos de su economía política. *Bienestar y Política Social*. 2006;2:1-26.
- [14] Ministerio de Salud de Perú. Manual de Advocacy o abogacía en promoción de la salud. Lima, Perú, MINSA. 2005
- [15] Aliaga E. Políticas de Promoción de la Salud en el Perú: Retos y Perspectivas. Editado por Foro Salud y el Observatorio del Derecho a la Salud-CIES. Lima, Perú. 2003
- [16] Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial y principios fundamentales para el plan estratégico sectorial del quinquenio para el periodo 2007-2012. Lima, Perú.2007
- [17] Echevarría, B. Gestión de la Competencia de Acción Profesional[Sede Web]., *Revista de Investigación Educativa*, ; [acceso el 05 de agosto 2011].2007.Disponible en <http://revistas.um.es/rie/article/view/97411>
- [18] VEGA CENTENO, Máximo (2003). El desarrollo esquivo: intentos y logros parciales de transformaciones económicas y tecnológicas en el Perú (1979-2000).Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica
- [19] Dussault G. Mejoramiento del desempeño del personal de salud: de la promoción a la acción, Organización Panamericana de Salud. 2007
- [20] Conferencia Internacional. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto, Canadá: OMS, Asociación; 1986
- [21] FREEMAN, Chris (2002). "Continental, National and Sub-national Innovation Systems: Complementarity and Economic Growth", *Research Policy*, vol. 31,n.º 2, pp. 191-211.
- [22] Akin JS, Hutchinson P. Health-care facility choice and the phenomenon of bypassing. *Health Policy Plan* 1999;14(2):135
- [23] Kahabuka C, Kvale G, Moland K, Hinderaker S. Why caretakers bypass Primary Health Care facilities for child care - a case from rural Tanzania. *Health Services Research* 2011;11:315.

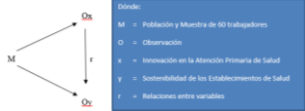
- [24] Bursztyn I, Kushnir R, Giovanella L et al. Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. *Rev. Salud Pública*. 2010; 12(1):77-88.
- [25] Machado E, Giovanella L. Longitudinalidades/continuidades do cuidado: identificando dimensoes e variáveis para a avaliacao da Atencao Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2011;16:1029-1042.
- [26] Medici A. Las reformas incompletas de salud en América Latina: Algunos elementos de su economía política. *Bienestar y Política Social*. 2006;2:1-26.
- [27] Machado E, Giovanella L. Longitudinalidades/continuidades do cuidado: identificando dimensoes e variáveis para a avaliacao da Atencao Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2011;16:1029-1042.
- [28] Pastor A. Los fenómenos emergentes en el sistema de salud del Perú. *Rev Perú Epidemiol* 2011;15(3).
- [29] Espín J, Oliva J y Rodríguez-Barrios J. Esquemas innovadores de mejora del acceso al mercado de nuevas tecnologías: los acuerdos de riesgo compartido. *Gac Sanit*. 2010;24(6):491-497
- [30] Es Salud. Cartera de servicios de Atención Primaria de EsSalud. Gerencia General de Prestaciones de Salud. Lima. Perú. 2008
- [31] Vargas L. Percepciones y perspectivas en Promoción de la Salud en el personal de Establecimientos del Primer Nivel de Atención. Dirección de Salud (Tesis de Maestría). Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2006.
- [32] Ministerio de Salud de Perú. Manual de Advocacy o abogacía en promoción de la salud. Lima, Perú, MINSA. 2005
- [33] Winslow C.E.A. The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign. En: Arroyo H, Cerqueira MT, editores. *La Promoción de Salud y la Educación para la salud en América Latina*. San Juan: Universidad de Puerto Rico; 2007.

- [34] MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos y Estrategias para la Gestión Local de la Comunicación Educativa, Editora Perú. 2000
- [35] La Rosa L. Políticas de Promoción de la Salud y Capital Social. Editorial Litografía Artística: Lima, Perú, 2007. 150 p.
- [36] Crossan M, Apaydin M. A Multi-Dimensional Framework of Organizational Innovation. A Systematic Review of the Literature. *Journal of management Studies*. 2010;47:6:1154-90.
- [37] Romanelli E. The evolution of new organizational forms. 1991. *Annual Review of Sociology*. 17:79-103.
- [38] Diccionario de la Lengua Española. 22ed. Madrid: Editorial Espasa Calpe, S.A; 2001. Competencias; p. 604
- [39] Choque R. Comunicación y Educación para la Promoción de la Salud, Lima, Perú. 2005
- [40] Petrerá M, Seinfeld J. Repensando la salud en el Perú. Lima: Universidad del Pacífico y Proyecto AMARES, julio 2007.
- [41] FREEMAN, Chris (2002). "Continental, National and Sub-national Innovation Systems: Complementarity and Economic Growth", *Research Policy*, vol. 31,n.º 2, pp. 191-211.
- [42] Kahabuka C, Kvale G, Moland K, Hinderaker S. Why caretakers bypass Primary Health Care facilities for child care - a case from rural Tanzania. *Health Services Research* 2011;11:315.
- [43] Sojo A. Reforming health-care management in Latin America. *Cepal Review*. 2009;74:133-51.
- [44] Crossan M, Apaydin M. A Multi-Dimensional Framework of Organizational Innovation. A Systematic Review of the Literature. *Journal of management Studies*. 2010;47:6:1154-90.
- [45] Miller D, Greenwood R, Prakash R. What happened to Organization Theory? *Journal of Management Inquiry*. 2009.18(4):273-79
- [46] PAVITT, Keith (1984). "Pectoral patterns of technical change: towards a taxonomy and a theory", *Research Policy*, n.º 13, pp. 343-373.

- [47] Mullin Consulting (2002). Un análisis del sistema peruano de innovación. Lima, MullinConsulting.
- [48] NELSON, Richard (1993). National Innovation Systems: Comparative Analysis. Nueva York y Oxford: Oxford University Press
- [49] Ortún V, Gérvas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc) 1996; 106: 97-102
- [50] VEGA CENTENO, Máximo (2003). El desarrollo esquivo: intentos y logros parciales de transformaciones económicas y tecnológicas en el Perú (1979-2000).Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica.

ANEXO Nº 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

“LA INNOVACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED LIMA ESTE METROPOLITANA, 2016”

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO PRINCIPAL	HIPÓTESIS PRINCIPAL	VARIABLES	TIPO Y DISEÑO						
PG. ¿Cuál es la Innovación en la Atención Primaria de Salud y como este influye en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, ¿2016?	OG. Analizar la Innovación en la Atención Primaria de Salud y como este influye en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.	Ho: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel bajo de Innovación en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016. H1: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto de Innovación en la Atención Primaria de Salud y esto garantiza la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.	V1: Innovación en la Atención Primaria de Salud V2: Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud	TIPO: Finalidad: invest. Aplicada. Naturaleza: invest cuant NIVEL: explicativa. DISEÑO: no experimental transeccional 						
Objetivos Específicos	Problemas Específicos	Hipótesis Específicas								
PE1. ¿Cómo la implementación de la Función de agencia en la Atención Primaria de Salud se asocia a la Organización y gestión óptima y Atención integral e integrada dentro del Marco legal e institucional, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, ¿2016?	OE1. Determinar el grado de implementación y la asociación que existe entre de la Función de agencia en la Atención Primaria de Salud y la Organización y la gestión óptima y Atención integral e integrada dentro del Marco legal e institucional, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.	Ho1: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel bajo en la implementación de la Función de agencia en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Organización y gestión óptima y Atención integral e integrada dentro del Marco legal e institucional, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016. He1: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto en la implementación de la Función de agencia en la Atención Primaria de Salud y esto garantiza la Organización y gestión óptima y Atención integral e integrada dentro del Marco legal e institucional, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.	Innovación en la Atención Primaria de Salud <ul style="list-style-type: none"> ● Función de agencia ● Función de coordinación y garantía de continuidad ● Función de regulación de flujos de pacientes 	POBLACIÓN Y MUESTRA Trabajadores Red Lima este metropolitana, micro red ate 1, Establecimiento de salud Huaycán la Fraternidad, Establecimiento salud Santa Clara, Centro Materno Infantil Santa Anita <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Fraternidad de Huaycan</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td>Santa Clara</td> <td style="text-align: center;">20</td> </tr> <tr> <td>Centro materno Infantil</td> <td style="text-align: center;">30</td> </tr> </table> TÉCNICAS A UTILIZAR 1. Para acopio de datos: Observación, encuesta 2. Instrumento de recolección de datos: Base de datos del sistema.	Fraternidad de Huaycan	10	Santa Clara	20	Centro materno Infantil	30
Fraternidad de Huaycan	10									
Santa Clara	20									
Centro materno Infantil	30									

<p>PE2. ¿Cómo la implementación de la Función de coordinación y garantía de continuidad en la Atención Primaria de Salud se asocia a la Orientación familiar y comunitaria, las Políticas y programas pro equidad, las Acciones intersectoriales, Recursos adecuados y sostenibles y los Mecanismos activos de participación, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, ¿2016?</p>	<p>OE2. Determinar el grado de implementación y la asociación que existe entre la Función de coordinación y garantía de continuidad en la Atención Primaria de Salud y la Orientación familiar y comunitaria, las Políticas y programas pro equidad, las Acciones intersectoriales, Recursos adecuados y sostenibles y los Mecanismos activos de participación, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.</p>	<p>Ho2: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel bajo en la implementación de la Función de coordinación y garantía de continuidad en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Orientación familiar y comunitaria, las Políticas y programas pro equidad, las Acciones intersectoriales, Recursos adecuados y sostenibles y los Mecanismos activos de participación, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016. Hi2: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto en la implementación de la Función de coordinación y garantía de continuidad en la Atención Primaria de Salud y esto garantiza la Orientación familiar y comunitaria, las Políticas y programas pro equidad, las Acciones intersectoriales, Recursos adecuados y sostenibles y los Mecanismos activos de participación, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.</p>	<p>ibilidad de los Establecimientos de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Acceso y Colbert Univ. ● Atención inte integrada ● Énfasis prom y prevenc ● Atención apropiada ● Orient fam y comunit ● Mecanismos activos partic ● Marco legal e insta ● Organizó y gest óptimas ● Polít, prog pro equidad ● Primer contacto ● RRHH apropiados ● Recursos adecuados y sostenibles ● Acciones interseca 	<p>3. Para el procesamiento de datos: Codificación y tabulación de datos 4.- Técnicas para el análisis e interpretación de datos: Estadística descriptiva para cada variable. 5. Para la presentación de datos: Tablas y Gráficos estadística. 6. Para el informe final: Esquema propuesto por la EPG UNHEVAL</p>
<p>PE3. ¿Cómo la implementación de la Función de regulación de flujos de pacientes en la Atención Primaria de Salud se asocia al Énfasis en la promoción y prevención, la Atención apropiada, al Primer contacto y al Acceso y cobertura universal, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, ¿2016?</p>	<p>OE3. Determinar el grado de implementación y la asociación que existe entre la Función de regulación de flujos de pacientes en la Atención Primaria de Salud y el Énfasis en la promoción y prevención, la Atención apropiada, al Primer contacto y al Acceso y cobertura universal, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.</p>	<p>Ho3: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto en la implementación de la Función de regulación de flujos de pacientes en la Atención Primaria de Salud y esto pone en riesgo la Énfasis en la promoción y prevención, la Atención apropiada, al Primer contacto y al Acceso y cobertura universal, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016. Hi3: La Muestra tomada como unidad de estudio cuenta con un nivel alto en la implementación de la Función de regulación de flujos de pacientes en la Atención Primaria de Salud y esto garantiza el Énfasis en la promoción y prevención, la Atención apropiada, al Primer contacto y al Acceso y cobertura universal, Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016.</p>		

ANEXO N.º 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) Sr. Sra. _____

Ud. ha sido invitado a participar en la investigación titulada “LA INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, RED LIMA ESTE METROPOLITANA, 2016.”, cuyo objetivo es “Analizar la Innovación en la Atención Primaria de Salud y como este influye en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016”, desarrollado por el tesista Med. RODOLFO PRADO CELIS

Este es un formulario de consentimiento informado cuyo objetivo es entregar toda la información necesaria para que Ud. decida si desea o no participar en esta investigación. El Med. RODOLFO PRADO CELI hablará con usted acerca de esta información y usted es libre de hacer preguntas en cualquier momento. Si usted está de acuerdo en participar se le pedirá que firme este formulario de consentimiento y se le dará una copia para que la guarde.

El que Ud. decida participar de este estudio no conlleva a riesgos para su salud ni de su persona, además, Ud tiene el derecho a negarse a responder las preguntas, también puede optar por retirarse de este estudio en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada.

Las respuestas dadas son totalmente confidenciales, ni su nombre ni su DNI ni ningún tipo de información que pueda identificarla aparecerá en los registros del estudio, ya que se utilizarán códigos. El almacenamiento de los códigos estará a cargo del investigador Responsable.

El participar en este estudio no tiene costos y no recibirá ningún pago por estar en este estudio. Si Ud. desea, se le entregará un informe con los resultados de los obtenidos una vez finalizada la investigación, también se le entregará al director de la institución.

Los resultados del estudio serán utilizados con fines científicos y Ud. podrá conocer los resultados/copia electrónica/ del resumen. La información será almacenada y quedará bajo el resguardo del Hospital.

Si durante la investigación Usted tiene algún comentario o preocupación relacionados con la conducción de la investigación o preguntas sobre sus derechos al participar en el estudio, puede dirigirse al presidente del Comité Ético Científico del Colegio Médico del Perú.

Quedando claro los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto participar voluntariamente en este estudio, para tal efecto firmo la autorización.

Atentamente,

ANEXO N.º 3: INSTRUMENTOS

“LA INNOVACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED LIMA ESTE METROPOLITANA, 2016”

Instrucciones generales:

El presente cuestionario es anónimo, tiene como finalidad Analizar la Innovación en la Atención Primaria de Salud y como este influye en la Sostenibilidad de los Establecimientos de Salud, Red Lima Este Metropolitana, 2016; informaciones de este cuestionario que serán utilizadas para el trabajo de investigación. A continuación, encontrará un listado de preguntas con diferentes alternativas como respuestas. En las respuestas de cada pregunta marcar la alternativa que crea conveniente. Agradecemos su colaboración, respondiendo a las preguntas en forma sincera para la veracidad del trabajo que se está realizando.

PARTE I: DATOS GENERALES

Marcar con una X la respuesta correcta.

1. Edad: Menos de 30 años ()
 31 a 40 años ()
 41 a 50 ()
 Más de 50 años ()

2. Nivel como profesional : Medico ()
 Otra profesión ()
 Personal técnico ()

3. Establecimientos de atención primaria que pertenece:
 - a) Est Fraternidad de Huaycán()
 - b) Est Santa Clara ()
 - c) Est Centro materno Infantil ()

4. Los ingresos económicos de cada red lo maneja la red de salud lima este
 - a. Si ()
 - b. No ()

5. El medico jefe de cada establecimiento recibe bono por jefatura
 - a. Si ()
 - b. No ()

PARTE II

Marcar con una X la respuesta correcta.

- A. Muy débil
- B. Débil
- C. Moderado
- D. Intenso
- E. Muy intenso

1. Actualmente cómo evalúa la innovación tecnológica en este Establecimientos de atención primaria

INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD						
• FUNCIÓN DE AGENCIA						
	¿Es el motor de la innovación organizativa?					
	¿Hay Desarrollo tecnológico en enfermedades prevenibles?					
	Cáncer					
	Demencia					
	enfermedad de Alzheimer					
	materiales biocompatibles					
	Hay Convergencia entre los servicios sociales y médicos.					
	Hay Desarrollo de la telemedicina a partir de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y de los sensores					
	Crecimiento de programas de garantía de calidad y de evaluaciones de tecnologías sanitarias					
	Se selecciona pacientes con el uso de Internet					
7	Uso de Internet por profesionales y técnicos para el desarrollo de tareas en el hospital.					
• FUNCIÓN DE COORDINACIÓN Y GARANTÍA DE CONTINUIDAD						
	Los profesionales de atención primaria en relación a las innovaciones organizativas					
	Desarrollo de la gestión clínica					
	Necesidad de profesionalización en gestión de I+D					
	Conciliar el crecimiento del gasto sanitario con una mayor calidad asistencial a través de la investigación de resultados en salud (outcomes)					
11	Formar especialistas o residentado medico durante 3 años en medicina familiar o preventiva					
• FUNCIÓN DE REGULACIÓN DE FLUJOS DE PACIENTES						
12	Recurso humano actual con dominio en TICs					

13	Nivel en el Desarrollo de programas web en atención primaria					
	Capacitación en políticas del estado en atención primaria					
	Prioriza uso de TICS					

2. Actualmente cómo evalúa la sostenibilidad de su establecimiento de salud

	SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD					
	ACCESO Y COBERTURA UNIVERSAL					
	ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA					
	ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN					
	ATENCIÓN APROPIADA					
	ORIENTACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA					
	MECANISMOS ACTIVOS DE PARTICIPACIÓN					
7	MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL					
	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN ÓPTIMAS					
	POLÍTICAS Y PROGRAMAS PRO EQUIDAD					
	PRIMER CONTACTO CON PACIENTES					
	RECURSOS HUMANOS APROPIADOS					
12	RECURSOS ADECUADOS Y SOSTENIBLES					
13	ACCIONES INTERSECTORIALES					



ANEXO N°04: Validación del Instrumento por Expertos



Nombre del experto:

Especialidad:

Ítem		RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD	TOTAL
INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	FUNCIÓN AGENCIA					
	¿Es el motor de la innovación organizativa?					
	¿Hay desarrollo tecnológico en enfermedades prevenibles?					
	Cáncer					
	Demencia					
	enfermedad de Alzheimer					
	materiales biocompatibles					
	Hay Convergencia entre los servicios sociales y médicos.					
	Hay Desarrollo de la telemedicina a partir de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y de los sensores					
	Crecimiento de programas de garantía de calidad y de evaluaciones de tecnologías sanitarias					
	Se selecciona pacientes con el uso de Internet					
	Uso de Internet por profesionales y técnicos para el desarrollo de tareas en el hospital.					
	• FUNCIÓN DE COORDINACIÓN Y GARANTÍA DE CONTINUIDAD					
	Los profesionales de atención primaria en relación a las innovaciones organizativas					
	Desarrollo de la gestión clínica					
	Necesidad de profesionalización en gestión de I+D					
	Conciliar el crecimiento del gasto sanitario con una mayor calidad asistencial a través de la investigación de resultados en salud (outcomes)					

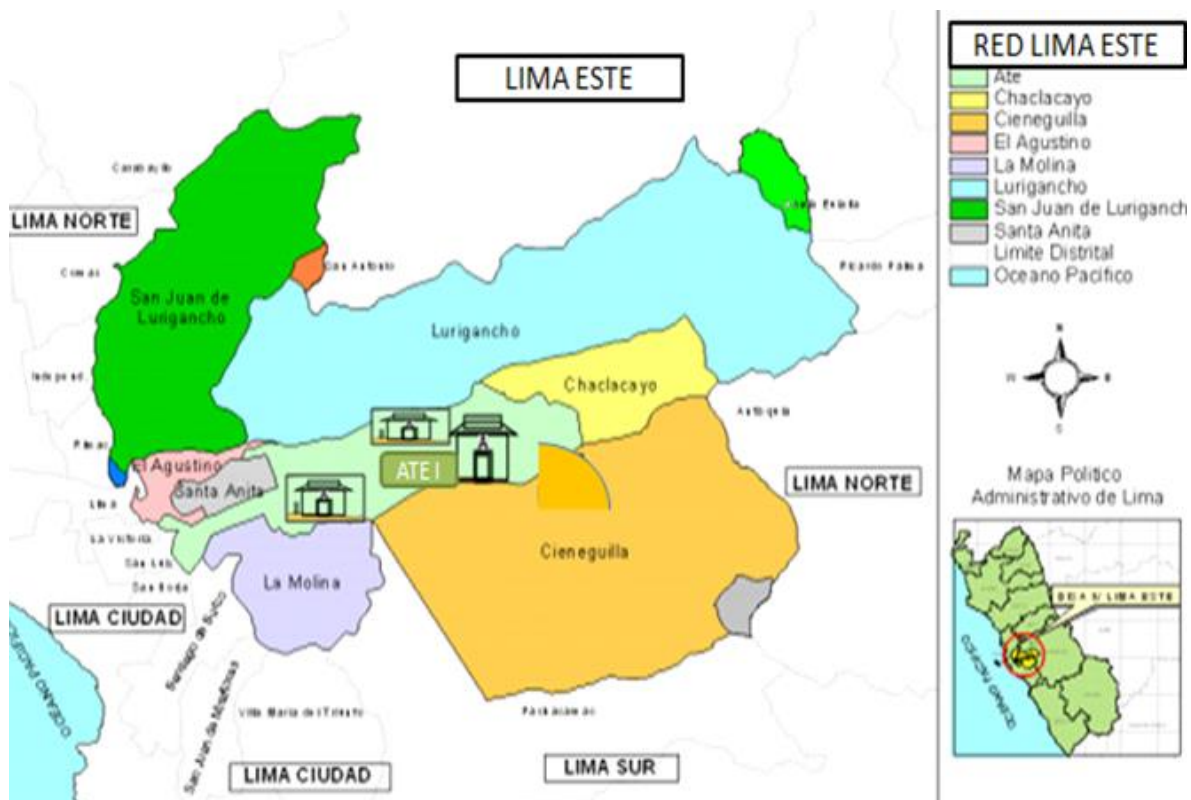
	Formar especialistas o resindentado medico durante 3 años en medicina familiar o preventiva					
	• FUNCIÓN DE REGULACIÓN DE FLUJOS DE PACIENTES					
	Recurso humano actual con dominio en TICS					
	Nivel en el Desarrollo de programas web en atención primaria					
	Capacitación en políticas del estado en atención primaria					
	Prioriza uso de TICS					
SOSTENIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	ACCESO Y COBERTURA UNIVERSAL					
	ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA					
	ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN					
	ATENCIÓN APROPIADA					
	ORIENTACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA					
	MECANISMOS ACTIVOS DE PARTICIPACIÓN					
	MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL					
	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN ÓPTIMAS					
	POLÍTICAS Y PROGRAMAS PRO EQUIDAD					
	PRIMER CONTACTO CON PACIENTES					
	RECURSOS HUMANOS APROPIADOS					
	RECURSOS ADECUADOS Y SOSTENIBLES					
	ACCIONES INTERSECTORIALES					

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO () En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()

Firma y Sello del juez

ANEXO Nº 5: MAPA RED LIMA ESTE



NOTA BIOGRÁFICA

Prado Celis Rodolfo Christian, nació a los siete días del mes de octubre del año 1981 en la Ciudad de Lima, cursando estudios primarios en el Colegio Ciro Alegría de los Olivos y secundarios en el Colegio Manuel Gonzales Prada en el año 1998 inicia sus estudios de universitarios en La Universidad Particular Ricardo Palma obteniendo el grado de Bachiller y título en Medicina el año 2007, iniciando sus estudios especialidad en el año 2017 obteniendo el título de especialista en Neurología el año 2019 en la Universidad Privada San Juan Bautista.

Entre los años 2011 y 2013 cursa estudios Maestría de Gestión y Políticas de Ciencia Tecnología e Innovación en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, accediendo luego en el año 2017 al Promaster en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Actualmente se desempeña como médico Asistente en el Centro Materno Infantil de Cieneguilla desde el año 2019.



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En la Av. Arenales N° 956 - Lima, siendo las **12:00 h.**, del día **viernes 09.MARZO.2018**, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dr. Abner FONSECA LIVIAS	Presidente
Dr. Pedro VILLAVICENCIO GUARDIA	Secretario
Dr. Reynaldo OSTOS MIRAVAL	Vocal

Asesor de Tesis, Dr. Jorge HILARIO CARDENAS (Resolución N° 0540-2018-UNHEVAL/EPG-D)

El aspirante al Grado de Maestro en Administración y Gerencia en Salud, Don, Rodolfo Christian PRADO CELIS.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: **“LA INNOVACIÓN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED LIMA ESTE METROPOLITANA, 2016”**.

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante a Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal.
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones.
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- d) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

.....
.....

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de..... Diecisiete (17)
Equivalente a Aprobado por lo que se recomienda
(Aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Lima, siendo las 12:55 horas del 09 de marzo de 2018.

.....
PRÉSIDENTE
DNI N° 7212906

.....
SECRETARIO
DNI N° 22406521

.....
VOCAL
DNI N° 2292016

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos del autor de la tesis)

Apellidos y Nombres:

PRADO CELIS, Rodolfo Christian

DNI: 41826914

Correo electrónico: **mastercar160@hotmail.com**

Teléfonos Casa:

Celular: 962082554 Oficina 014983442

2. IDENTIFICACION DE LA TESIS

Posgrado	
Maestría:	ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD
Mención:	

Grado Académico obtenido: **MAESTRO**

Título de la tesis:

**LA INNOVACIÓN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN
LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED LIMA ESTE METROPOLITANA, 2016**

Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción de Acceso
<input checked="" type="checkbox"/>	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
<input type="checkbox"/>	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquiera tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

() 1 año () 2 años () 3 años () 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasara a ser de acceso público.

Fecha de firma: 23-02-2021


Firma del autor