

**UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS E
INFORMÁTICA**

FACULTAD DE CIENCIA E INGENIERÍA

INGENIERÍA DE SISTEMAS E INFORMÁTICA



TESIS:

**“IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN Y
ESTANDARIZACIÓN DE LA CARTERA DE ATENCIÓN
EN SALUD DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE
SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DEL SECTOR SALUD”**

PRESENTADO POR

Bach. PEREZ ROCA AVALOS, IVAN ALONSO

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE
INGENIERO DE SISTEMAS E INFORMÁTICA**

ASESOR:

MG. ROLDAN BALUIS, WALTER LUIS

LIMA- PERÚ

2020

Dedicatoria

A mis padres, porque siempre está
alentándome a salir adelante.

A mi esposa que en las olas más grandes
las surfeamos juntos.

A mis hijos, porque son el motor de mis
esfuerzos.

A todos ellos les dedico el presente trabajo
que está realizado con mucho esfuerzo.

Agradecimientos

A todas las personas que desinteresadamente me apoyaron para la recolección de información, y toda la retroalimentación de los Establecimientos de Salud que aplicaron esta herramienta.

ÍNDICE

INDICE DE CONTENIDOS.....	4
LISTA DE GRÁFICOS.....	6
ÍNDICE DE TABLAS... ..	7
ÍNDICE DE FIGURAS	8
RESUMEN... ..	9
ABSTRACT.....	10
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Realidad Problemática	11
1.2. Planteamiento del Problema	16
1.2.1. Problema general.....	16
1.2.2. Problemas Específicos.....	16
1.3. Hipótesis de la Investigación.....	17
1.3.1. Hipótesis General	17
1.3.2. Hipótesis Específicas.....	17
1.4. Objetivo de la Investigación.....	18
1.4.1. Objetivo General	18
1.4.2. Objetivos Específicos.....	18
1.5. Variables, dimensiones e indicadores	19
1.5.1. Variables Independientes	19
1.5.2. Variables Dependientes.....	19
1.5.3. Dimensiones e Indicadores de las Variables	19
1.6. Justificación del estudio	20
1.6.1. Justificación del estudio	20
1.6.2. Importancia.....	24
1.7. Antecedentes nacionales e internacionales	25
1.7.1. Antecedentes nacionales.....	25
1.7.2. Antecedentes internacionales	25
1.8. Marco teórico	28
1.9. Definición de términos básicos	35
II. MÉTODO	54
2.1 Tipo de Diseño de Investigación	54
2.1.1. Diseño de investigación.....	54
2.1.2. Tipo de investigación.	55
2.1.3. Nivel de la investigación	55
2.1.4. Enfoque de la investigación.....	56
2.2. Población y muestra	57
2.3. Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos	60
2.4. Validez y confiabilidad de instrumentos.....	70

2.5. Procesamiento y análisis de datos	75
III. RESULTADO.....	83
3.1. Resultados Descriptivos.....	83
3.2. Prueba de normalidad.....	88
3.3. Contrastación de hipótesis.....	94
IV. DISCUSIÓN.....	97
V. CONCLUSIONES.....	98
VI. RECOMENDACIONES.....	99
REFERENCIAS BIBILOGRÁFICAS.....	100
Anexo 01. Anexo 01: Matriz de Consistencia.....	102
Anexo 02. Matriz de Operacionalización.....	103
Anexo 03. Encuesta.....	104
Anexo 04. Informe de Similitud Digital.	105
Anexo 05. Autorización de Publicación en Repositorio.....	116

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Análisis de las problemáticas.....	12
Gráfico 02: Condiciones operativas.....	14
Gráfico 03: Distribución Poblacional, Según la Cobertura de aseguramiento.....	39
Gráfico 04: Evolución de la cobertura de aseguramiento en Salud en el Perú 2000-2015.....	40
Gráfico 04.1: Evolución de la cobertura de aseguramiento en Salud en el Perú 2000-2015.....	41
Gráfico 05: Evolución de afiliados a algún seguro de salud.....	41
Gráfico 06: Pirámide Poblacional de Afiliados del AUS.....	42
Gráfico 07: Cobertura de Afiliados del AUS por Región.....	43
Gráfico 08: Cantidad y Porcentaje de afiliados con PEAS y sin PEAS.....	44
Gráfico 09: Presupuesto Función Salud. Gobierno Nacional 2011-2016.....	45
Gráfico 10: Falta de dinero como causa para no acudir a servicios de salud en tres regiones pobres del Perú.....	46
Gráfico 11: Evolución del Gasto de Bolsillo en Salud sobre el Gasto Total en Salud (GBS/GTS). Expresado en porcentaje. Año 2004 y 2014.....	47
Gráfico 12: Evolución del gasto público sobre el gasto total en salud. Expresado en porcentaje. Año 2004 y 2014.....	47
Gráfico 13: Modelo de interoperabilidad.....	52
Gráfico 14: Levantamiento de Información.....	60
Gráfico 15: Imagen: Ingreso al Sistema.....	62
Gráfico 16: Imagen: Opciones del sistema.....	63
Gráfico 17: Imagen: Macro Procesos.....	64
Gráfico 18: Imagen: Desplegar Macro procesos.....	65
Gráfico 19: Imagen: Cartera de servicios.....	67
Gráfico 20: Catálogos de Procedimientos Médicos Sanitarios.....	72
Gráfico 21: Catálogos de Cartera por etapa de vida y prestación.....	74

INDICE DE TABLAS

Tabla 01: Brecha digital	27
Tabla 02: Evolución de Afiliaciones por IAFAS a Seguro de Salud y sctr. 2013-2017	40
Tabla 03: Gasto Per cápita	44
Tabla 04: Gasto de bolsillo/Capacidad de pago y GBS/gasto total en salud. Año 2016.....	48
Tabla 05: Gasto total de hogares y gasto total en salud de hogares	48
Tabla 06: Hogares con GBS.....	49
Tabla 07: Cursos de Vida y Grupos Etarios.....	53
Tabla 08: Ciclo Vital Familiar	54
Tabla 09: Levantamiento de información	58
Tabla 10: Matriz de Análisis de datos	75
Tabla 11: Tiempo de demora de revisión de FUA (Ficha única de Admisión)	79
Tabla 12: Tiempo de demora post-test de FUA (Ficha única de Admisión)	82
Tabla 13: Resultados de la encuesta pre test... ..	84
Tabla 14: Resultado de la encuesta Post Test.....	84

INDICE DE FIGURAS

Figura: N°01: Alineamiento Metodológico.....	77
Figura: N°02: Sistema SIASIS	78
Figura: N°03: Fases de la metodología RUP	81
Figura: N°04: Resumen de procesamiento de casos... ..	86
Figura: N°05: Estadísticos de prueba chi cuadrado.....	86
Figura: N°06: Prueba chi cuadrado	87
Figura: N°07: Res. de Proces. de casos de la variable: Información Oportuna Pre-test.....	90
Figura: N°08: Análisis descriptivo de la Variable: información Oportuna pre-test.....	90
Figura: N°09: Prueba de normalidad variable información Oportuna Pre-test.....	91
Figura: N°10: Res. de Proces. de casos de la variable: Información Oportuna Post-test	93
Figura: N°11: Análisis descriptivo de la Variable: información Oportuna post-test.....	93
Figura: N°12: Prueba de normalidad de la variable: Información Oportuna Post-test.....	94
Figura: N°13: Prueba de U de Mann-Whitney – rangos de la variable: información oportuna pre y Post.....	95

RESUMEN

El proyecto de investigación tiene como objetivo implementar una aplicación Web, para mejorar el proceso de estandarización de la Cartera de Atención de Salud.

El presente Aplicativo Informático de Apoyo, tiene como finalidad presentar de manera organizada y sistematizada, información relevante sobre la Cartera de Atención de Salud de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

En ese sentido, el mencionado aplicativo, constituye un instrumento electrónico de gestión a nivel operativo, que permite elaborar la Cartera de Atención de Salud, según lo establecido en la Disposición Final 8.3. de la Directiva Administrativa N° 242-MINSA/2017/DGAIN aprobada con Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA.

La elaboración de este instrumento electrónico de gestión forma parte de las actividades correspondientes a la mejora continua identificada por el suscrito, permitiendo incrementar el nivel de control y gestión de los datos, con el objetivo de optimizar el nivel de racionalidad en la toma de decisiones.

Como resultado de mejorar el proceso de estandarización de la cartera de atención de los establecimientos de salud, se mejoró la interoperabilidad de los diferentes establecimientos con sus respectivas instituciones administradoras de fondos de aseguramiento IAFAS, esta orientación en el uso de registro de información de Cartera de Atención de Salud, nos proporciona actualizaciones y reportes en para ser consumido por los diferentes sistemas administrativos y asistenciales del sector salud.

En conclusión, se lograron todos los objetivos trazados, además de eliminar el uso de carteles y paleógrafos en los diferentes paneles de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Palabras claves: sistematización, mejoramiento, estandarización, integración, interoperabilidad de la cartera de atención, proceso de prestacional, aplicación web.

ABSTRACT

The research project aims to implement a Web application, to improve the process of standardization of the Health Care Portfolio.

The purpose of this Informative Support Application is to present, in an organized and systematized manner, relevant information on the Health Care Portfolio of health establishments of the first level of care.

In that sense, the aforementioned application constitutes an electronic management instrument at the operational level, which allows the Health Care Portfolio to be prepared, as established in Final Provision 8.3. of Administrative Directive N ° 242-MINSA / 2017 / DGAIN approved with Ministerial Resolution N ° 1069-2017 / MINSA.

The elaboration of this electronic management instrument is part of the activities corresponding to the continuous improvement identified by the undersigned, allowing to increase the level of control and management of the data, with the aim of optimizing the level of rationality in decision making.

As a result of improving the process of standardization of the health care portfolio of the health facilities, the interoperability of the different facilities with their respective IAFAS insurance fund management institutions was improved, this orientation in the use of the Portfolio information register of Health Care, provides updates and reports to be consumed by the different administrative and healthcare systems of the health sector.

In conclusion, all the objectives set were achieved, in addition to eliminating the use of posters and paleographs in the different panels of health facilities of the first level of care.

Keywords: systematization, improvement, standardization, integration, interoperability of the service portfolio, provision process, web application.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

Uno de los problemas más álgidos a nivel nacional en materia de salud pública es la ausencia de un modelo adecuado de organización de los servicios de salud. Esta realidad no permite establecer criterios ni herramientas orientadas a optimizar la oferta sanitaria en el primer nivel de atención bajo un modelo de redes integradas. En ese sentido, los establecimientos de salud operan centrando sus actividades en la oferta que mantienen de manera individual, sin tener la capacidad de conocer, de manera racional, la oferta sanitaria existente dentro de un ámbito territorial determinado.

Ahora bien, un aspecto dentro del problema mayor hace referencia a la limitada capacidad para interoperar haciendo uso de sistemas informáticos que permitan incrementar el nivel de racionalidad de los actores tomadores de decisiones en el sector salud. Esta información sanitaria estratégica debería contemplar la sistematización y generación de data en torno a la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, a través, fundamentalmente, del análisis y evaluación del cumplimiento de las carteras de servicios de cada uno de los establecimientos de salud.

Los problemas identificados en torno a la limitada capacidad para la interoperabilidad se encuentran relacionados de manera estructural, los cuales afectan directamente en la funcionalidad de la organización de los servicios sanitario (redes integradas) y en la gestión del intercambio prestacional (compra estratégica de servicios de salud y flexibilización para incrementar el nivel de accesibilidad al derecho a la salud) como mecanismo intersectorial de financiamiento de las prestaciones brindadas. En ese sentido, el Gráfico N°1 muestra las problemáticas en torno al funcionamiento de los proveedores de servicios de salud y a la capacidad organizacional de ente rector para establecer políticas públicas en salud en las condiciones actuales.

Gráfico N° 1: Análisis de las problemáticas

Y ↑	Organización de la demanda	Falta análisis epidemiológico y priorización de enfermedades en base a CIE10 y CPT	Falta un análisis de enfermedades y riesgos por ámbito de la red	Limitadas acciones de coordinación intersectorial para la obtención y cruce de información	Falta observatorio epidemiológico local y seguimiento individual de la salud.
	Organización de servicios	Primer nivel de atención debilitado: largas colas de atención, deficiente capacidad resolutive	Falta de flujos de referencia y contraref. Estandarizados con enfoque de red funcional	No están definidos ni fortalecidos los establecimientos de salud que funcionan como anillos de contención	No existe una base de datos con indicadores de gestión y sanitarios a nivel nacional que transparente datos con calidad
	Información disponible	Limitado nivel de interoperabilidad no permite identificación de brechas	Limitadas herramientas informáticas	Limitadas acciones de coordinación intersectorial para la obtención de información eficiente	Ausencia de indicadores que permitan monitorear y evaluar la eficacia y eficiencia del IP
	Accesibilidad y calidad al derecho	Limitada interrelación entre ente regulador (MINSA), prestadores, financiadores y ciudadanía no permite optimizar la oferta disponible, ni estandarizar un modelo de estructura de costos en base a datos reales.		Ciudadano desinformado respecto a la oferta sanitaria disponible, indicadores sanitarios de su localidad, seguimiento y control individualizado de su salud.	
		Identificación de problemas públicos	Diseño e instrumentación de la política	Gestión e implementación: intersectorialidad	Monitoreo y evaluación
	X →				

Fuente: Dgain

Y: Componentes que permite a los proveedores de servicios de salud un adecuado funcionamiento.

X: Procesos para el diseño, implementación y monitoreo de las políticas públicas.

- (i) **Las problemáticas respecto al primer nivel de atención en el marco de las redes integradas son:** a. no existe un monitoreo que permita dar cuenta del nivel de cumplimiento de las carteras de servicios que ofrecen los establecimientos de salud; b. no están definidos los anillos de contención de las redes integradas; c. existe una limitada interoperabilidad de sistemas informáticos que permitan

organizar, producir y transparentar información sanitaria estratégica de la demanda y oferta de salud de los distintos ámbitos territoriales, así como identificar brechas.

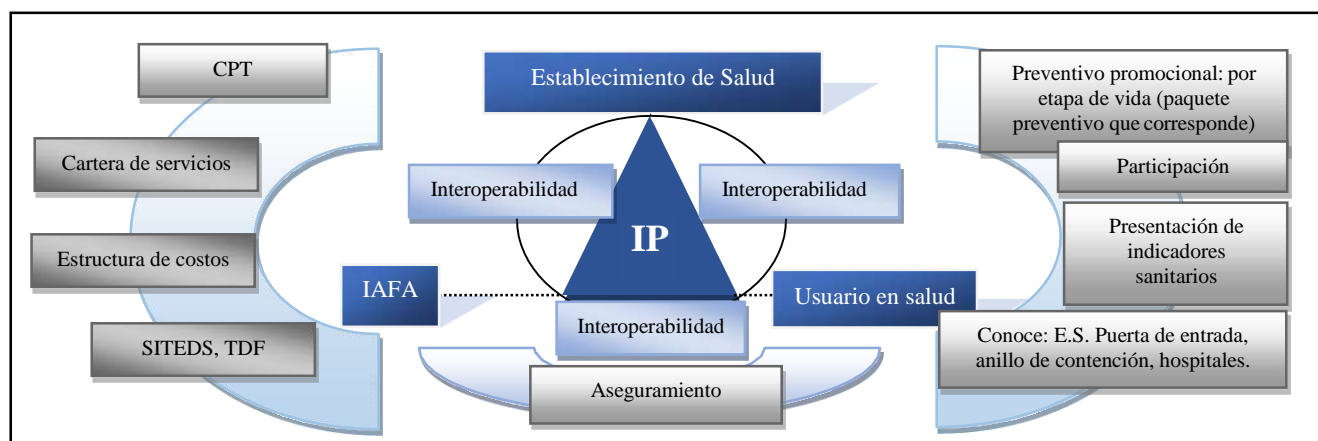
La fragmentación de los servicios de salud se expresa como falta de acceso a los servicios de salud, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios de salud. En ese sentido, para el fortalecimiento del primer nivel de atención se requiere el desarrollo funcional de las redes integradas de servicios de salud, siendo el primer nivel el soporte esencial, facilitando que la prestación de servicios de salud sea más accesible, equitativa, eficiente y de mejor calidad técnica, permitiendo satisfacer las expectativas de la ciudadanía.

(ii) Las Problemáticas respecto al funcionamiento del intercambio prestacional

son: a. no están claramente definidos los planes de negocios entre los actores involucrados en el desarrollo del intercambio prestacional sobre la base de información transparente y de calidad; b. existe una limitada interoperabilidad de sistemas informáticos que permitan organizar, producir y transparentar información sanitaria estratégica de la demanda y oferta de salud de los distintos ámbitos territoriales, así como identificar brechas.

El incremento del nivel de interoperabilidad permitirá mayor flujo de información y un incremento en la racionalidad de los actores involucrados para la toma de decisiones. En el Gráfico N° 2, se muestra, de manera esquemática, los elementos que se encuentran contenidos en los planes de negocio entre actores: a. establecimiento de salud-IAFAS; b. IAFAS-Usuario en salud; c. establecimiento de salud-usuario en salud.

Gráfico N° 2: Condiciones operativas



Fuente: DGAIN

Los actores involucrados en el proceso de implementación del intercambio prestacional deben estar adecuadamente relacionados a través de mecanismos operativos que permitan homogenizar la información sanitaria estratégica disponible, adecuados a las lógicas de relacionamiento y/o de negocio establecidas inter-actores.

En ese sentido, la relación entre IAFAS y Establecimientos de Salud se fundamenta principalmente en el pago de las prestaciones brindadas al usuario de salud por parte de establecimientos de diferentes IAFAS, permitiendo priorizar la atención oportuna y adecuada del usuario de salud a partir de la optimización de los recursos sanitarios disponibles para este proceso. Para optimizar el intercambio establecido entre ambos actores, es necesario que exista información estratégica compartida que permita tomar decisiones racionales con mayor control de riesgos. Esta información estaría relacionada con: información sobre top de morbilidad local, regional y nacional, a través del análisis de los CPTs por establecimiento; análisis de las carteras de servicios de salud disponibles en el primer nivel de atención, en los anillos de contención y hospitales, para optimizar el recurso de referencia y contrareferencia y establecer los flujos respectivos; información sobre los costos de los procedimientos médicos, a través de una estructura de costos estandarizada; información acerca de la situación socio-económica de las localidades.

La relación entre Establecimiento de Salud y usuario de salud se fundamenta principalmente en las prestaciones y atenciones oportunas y de calidad. Para ello, es necesario que tanto los establecimientos de salud como los ciudadanos compartan

información estratégica sobre el funcionamiento racional de los servicios de salud de los establecimientos correspondientes a una red, de tal manera exista información disponible respecto a la organización de horarios de los servicios de salud en red; información respecto al nivel de productividad de los establecimientos de salud de manera individual y a nivel local, y de sus carteras de servicios para la verificación de la capacidad resolutive que presentan; información disponible respecto al top de morbilidad en base a la sistematización de los CPTs empleados y registrados; información respecto a la disponibilidad y estado del equipamiento de salud operativos en los establecimientos de salud; información respecto a la identificación de los establecimientos constituidos como puerta de entrada al sistema de salud, la definición de los anillos de contención y hospitales de una red; información respecto a los indicadores sanitarios a nivel local, regional y nacional; información sobre el seguimiento de la salud individual de los usuarios de salud.

La relación entre IAFAS y usuarios de salud se fundamenta principalmente en el proceso de aseguramiento en el marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS). En ese sentido, la información estratégica que las IAFAS deben obtener es: brecha de asegurados a nivel local, regional y nacional; top de morbilidad a nivel local, regional y nacional, así como información sobre la capacidad resolutive de los establecimientos de salud de los distintos niveles de atención por ámbito territorial de las redes.

Cabe mencionar, en este último punto, que gran parte de las IPRESS no cumplen con los procedimientos normados y vigentes en materia de costos de procedimientos médicos. De la información enviada por las IPRESS, se ha observado lo siguiente:

- Existe una falta de uniformidad en cuanto al uso de los Códigos de Procedimientos Médicos actuales (Current Procedural Terminology, *expresado en inglés*) para la presentación y manejo de las tarifas, por parte de las IPRESS. Asimismo, no evidencian un manejo metodológico de costeo para definir y/o sustentar el valor de la tarifa de los procedimientos médicos que brinda la IPRESS.
- Las tarifas difieren significativamente entre sí y también difieren de las tarifas de reembolso del SIS. Incluso varias tarifas de los procedimientos médicos, se encuentran por debajo de la tarifa de reembolso del SIS (cuya tarifa solo cubre

costo variable), sin un debido sustento de costos que valide la determinación de la tarifa por el servicio de salud y su discriminación por capacidad de pago o condición socioeconómica del usuario.

- Asimismo, la falta de un manejo adecuado de una metodología de costeo para la asignación de tarifas a los procedimientos se debe a que las IPRESS no cuentan con personal que se encuentre capacitado para la aplicación de las normas y procedimientos vigentes.

Por ello, la presente investigación busca establecer un sistema informático orientado a sistematizar, analizar y evaluar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, tomando como unidad de análisis la cartera de servicios de salud. Esta propuesta permitiría contribuir a dar una solución práctica al problema de la ausencia de información sanitaria, la cual constituye un eje importante para poder tomar decisiones y diseñar políticas públicas en materia de salud más eficientes, así como para establecer un proceso estandarizado para determinar los costos de las prestaciones realizadas por los establecimientos de salud en caso de intercambio prestacional.

1.2. Planteamiento del Problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo mejora la estandarización de la Cartera de Atención si se implementa el Sistema de Gestión para la atención en salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) del primer nivel de atención de salud?

1.2.2. Problemas Específicos

- a) ¿De qué manera la implementación de un proceso estándar transversal de codificación mejora la satisfacción del usuario en los establecimientos de salud del primer nivel de atención?
- b) ¿De qué manera la implementación de procesos de sistematización de la cartera de atención reduce el tiempo auditable de la ficha única de

atención para el reembolso de las IPRESS por las prestaciones brindadas a los asegurados del SIS?

1.3. Hipótesis de la Investigación

1.3.1. Hipótesis General

La implementación de un sistema de gestión y estandarización de la cartera de atención, mejora la atención en salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) del primer nivel de atención del sector salud.

1.3.2. Hipótesis Específicas

- a) Mediante la implementación de un proceso estándar transversal de codificación mejora la satisfacción del usuario en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

- b) Mediante la implementación de procesos de sistematización de la cartera de atención reduce el tiempo auditable de la ficha única de atención para el reembolso de las IPRESS por las prestaciones brindadas a los asegurados del SIS.

1.4. Objetivo de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

Implementar un sistema de gestión y estandarización de la Cartera de Atención en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) del primer nivel de atención del sector salud.

1.4.2. Objetivos Específicos

- a) Implementar un proceso estándar transversal de codificación de catálogos mormados para mejorar el acceso de información para los usuarios externos e internos del primer nivel de atención.
- b) Implementar los procesos de sistematización de la cartera para reducir el tiempo auditable de la ficha única de atención para el reembolso por prestaciones brindadas por las IPRESS a los asegurados de las IAFAS SIS.

1.5. Variables, dimensiones e indicadores

1.5.1. Variables Independientes

- ✓ Proceso estándar transversal.
- ✓ Procesos de Sistematización.

1.5.2. Variables Dependientes

- ✓ Satisfacción del usuario al acceso de información estándar.
- ✓ Información oportuna.

1.5.3. Dimensiones e Indicadores de las Variables

- ✓ Homologación de la Cartera de Atención.
- ✓ Estandarización de los procesos internos y externos de los catálogos.
- ✓ Número de paciente con referencia fuera del ámbito de la RED / total de pacientes consulta externa.
- ✓ Número de FUA (SIS) de consulta externa Observadas / total de pacientes consulta externa.

1.6. Justificación del estudio

1.6.1. Justificación del estudio

Justificación Teórica

Tomar como unidad de análisis la Cartera de Servicios de Salud de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención permite establecer un análisis sobre la capacidad resolutive de estos, generando condiciones para elaborar mecanismos de monitoreo y evaluación.

Para ello, una de las alternativas a nivel instrumental es emplear un sistema informático que permita estandarizar procesos para registrar, analizar, monitorear y evaluar el cumplimiento de las carteras de servicios de salud de los establecimientos. Ello implica modernizar el aparato estatal a través del uso de las nuevas tecnologías (TICs) orientadas a optimizar los recursos sanitarios disponibles a través del manejo de información relevante que, a su vez, permita incrementar el nivel de racionalidad de los tomadores de decisiones del sector salud.

Cabe resaltar que uno de los pilares centrales señalado como prioritario en la política de modernización es el de garantizar el progresivo desarrollo de un sistema de información, seguimiento, evaluación y gestión del conocimiento capaz de incrementar el nivel de interconectividad (a nivel tecnológico, organizacional e institucional) entre los diversos organismos públicos, privados y de la sociedad civil, con el objetivo de fomentar e instituir estilos de gobernanza colaborativa (Mariñez, 2016), así como mecanismos que permitan transparentar información relevante en el marco de una política de datos abiertos (Concha & Naser, 2012) e impulsando una cultura de rendición de cuentas y participación ciudadana que nutra las políticas emprendidas.

Justificación Práctica

Muchos de los problemas asociados a la organización de servicios de salud a nivel nacional se deben, en sentido práctico, a la ausencia de instrumentos tecnológicos que permitan uniformizar procesos e integrar al sector en un solo lenguaje operativo. La dispersión en materia de producción de información sanitaria es alta, impidiendo un manejo adecuado de la data, repercutiendo en la imposibilidad de establecer políticas públicas adecuadamente dimensionadas sobre la base de información real en materia de indicadores sanitarios estratégicos como es anemia, tuberculosis, muerte materna, etc.

La presente investigación busca mejorar las atenciones realizadas por los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención a través la incorporación de un instrumento de uso transversal orientado a estandarizar procesos para el registro, análisis, monitoreo y evaluación de las carteras de servicios de salud, con la finalidad de dar, de manera progresiva, una racional solución a la dispersión de la información sanitaria que no permite, como se ha mencionado, sistematizar y producir data sanitaria importante para que los tomadores de decisiones puedan incrementar su nivel de racionalidad y ser más acertados al momento de establecer mejoras en el sector.

Justificación Metodológica

La metodología empleada se ha desarrollado sobre la base de tres criterios: a. cooperación interinstitucional para el incremento de los niveles de interoperabilidad entre los actores públicos en materia de organización de los servicios de salud; b. optimización de la oferta sanitaria disponible en el Primer Nivel de Atención, tomando como input la data sanitaria obtenida en el monitoreo del cumplimiento de las carteras de servicios de salud, la cual permitirá dimensionar las mejoras emprendidas desde los centros tomadores de decisiones; c. estandarización de procesos para el registro, análisis, monitoreo y evaluación del cumplimiento de las carteras de servicios de salud, a través de un sistema informático que uniformice el lenguaje operativo y genere mejores condiciones de interoperabilidad semántica.

El uso de las TICs en el sector público, además de constituir un pilar de la nueva gestión pública y de la perspectiva de modernización del Estado, permite, en sentido práctico, desarrollar metodologías transversales, con el objetivo de incrementar el nivel de interconectividad y de gobernanza cooperativa.

Justificación Social

Incorporar un sistema informático para estandarizar procesos en el sector salud, agiliza el monitoreo y evaluación de las carteras de servicios de salud de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención, implica incrementar el nivel de racionalidad de los tomadores de decisiones, quienes, en base a evidencia y a información real, podrán plantear mejoras en beneficio de los usuarios.

Justificación Legal

Existe un marco normativo en torno a la gestión de los recursos en salud, el cual es el siguiente:

1. Resolución Ministerial N° 176-2014/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos de Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención.
2. Resolución Ministerial N° 756-2014/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Organización de los Círculos de Adultos Mayores en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención".
3. Resolución Ministerial N° 028-2015/MINSA, que aprueba la Guía Técnica "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niñas, Niños y Adolescentes en Establecimientos de Salud del Primero Nivel de Atención".

4. Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA, Modificar la NTS N° 113-MINSA/DGIEM-V.01, "Norma Técnica de Salud Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención", aprobado por Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA y modificada por Resolución Ministerial N° 999-2016/MINSA; conforme al Anexo que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial. Dejar subsistentes los demás extremos de la NTS N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 "Norma Técnica de Salud Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención".
5. Resolución Ministerial N° 043-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Externas del Párpado y Conjuntiva en el Primer Nivel de Atención".
6. Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 242-MINSA/2017/DGAIN "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Atención de Salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención".

Justificación Económica

Establecer procesos estandarizados para evaluar, monitorear y hacer seguimiento al cumplimiento de las carteras de servicios de salud de los establecimientos de salud del primer nivel de atención permitirá no solamente incrementar el nivel de interoperabilidad sistémica y mejorar la calidad de las decisiones tomadas por los distintos actores que interaccionan en el sector salud, sino además permitirá establecer una economía de procesos que reducirá la burocracia estatal, lo cual se traduce en una reducción de costos importantes y a un incremento del nivel de funcionalidad.

1.6.2. Importancia

Hay una necesidad creciente de colaboración interna a través de las TICs; por ejemplo, el uso de herramientas para compartir y analizar datos que aporten información de calidad, elevando el grado de probabilidad de tomar mejores decisiones. Ello, abre la oportunidad de relacionar un conjunto de datos, establecer correlaciones, hacer análisis comparativos y esbozar panoramas más amplios para encontrar soluciones.

Las instituciones públicas cuentan con datos; sin embargo, el giro que se pretende dar es el de pasar de usarlos para simples reportes a convertirlos en herramientas de gestión para los tomadores de decisiones.

En términos de la CEPAL (Naser, A, 2016):

“Cuando hablamos de información, estamos considerando una serie de datos que, unidos, nos permiten disminuir nuestro grado de incertidumbre. Si esta información además nos permite tomar decisiones, entonces estamos hablando de que esta información adquiere valor. Por su parte, la información adquiere valor en la medida que sirve para tomar decisiones, específicamente, que esté actualizada, que sea oportuna, de fácil acceso, segura y fidedigna”. (p. 26)

Ahora bien, la metodología empleada, en el marco del presente informe de modernización de RISS, guarda relación con la elaboración de instrumentos informáticos que permiten incrementar el nivel de interoperabilidad a través del uso de las TICs, así como para la organización, producción, distribución y gestión de información sanitaria estratégica en el marco de la optimización de la oferta sanitaria disponible en los tres niveles de atención, adecuada a la demanda según ámbitos territoriales. Estos instrumentos o aplicativos informáticos permitirán un adecuado seguimiento del cumplimiento de las carteras de servicios de los establecimientos de salud, así como ayudará en la identificación de brechas, en el rediseño de redes funcionales y en el intercambio prestacional.

1.7. Antecedentes nacionales e internacionales

1.7.1. Antecedentes nacionales

En los últimos años las instituciones públicas nacionales han incorporado con mayor frecuencia y énfasis el uso de la tecnología de la información y la comunicación (en adelante TIC) en el desarrollo de sus actividades gubernamentales, con el fin de optimizar y transparentar procesos, mejorar los servicios públicos y la calidad de la información disponible a la que pueden acceder los ciudadanos, así como crear e implementar mecanismos que permitan mejorar la participación ciudadana, haciéndola más flexible, transparente y directa. Esta sencilla definición de gobierno electrónico (en adelante GE), pretende establecer que, antes de ser un fin, constituye un medio para alcanzar objetivos y producir mejoras en la forma de gestionar desde el Estado a través del uso de las TIC.

Ahora bien, el concepto de GE, como cualquier otro, ha ido evolucionando y generando nuevas definiciones. Recordemos que cuando las TIC ingresan a las administraciones públicas lo hacen fundamentalmente en asuntos presupuestarios y contables. En la actualidad, el concepto está ligado a la idea de modernización del Estado. Esta madurez conceptual ha provocado que el GE implique el desarrollo de herramientas que sirvan de guía para el planteamiento de programas y/o proyectos, para realizar análisis de datos y optimizar el nivel de racionalidad para una mejor toma de decisiones.

1.7.2. Antecedentes internacionales

Según la Carta Iberoamericana de Gobierno Electrónico (CLAD, 2017), el concepto de GE es equiparable al de “administración electrónica”, y ambos son considerados como el uso de las TIC en los órganos de la Administración para mejorar la información y los servicios ofrecidos a los ciudadanos, orientar la eficacia y eficiencia de la gestión pública e incrementar sustantivamente la transparencia del sector público y la participación de los ciudadanos.

La Organización de los Estados Americanos define el GE (CLAD, 2017) como “la aplicación de las tecnologías de información y la comunicación (TIC) al funcionamiento del sector público, con el objetivo de incrementar la eficiencia, la transparencia y la participación ciudadana”. Por su parte, las Naciones Unidas lo define como “la utilización de Internet y el Worl Wide Web para entregar información y servicios del gobierno a los ciudadanos”.

Por otro lado, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (CLAD, 2017) define el GE como la oportunidad de desarrollar una nueva relación entre el gobierno, ciudadanos, usuarios de servicios y empresas a través de las TIC, permitiendo la difusión y recopilación de información y servicios tanto dentro como fuera del Gobierno para la prestación de servicios, la toma de decisiones y la rendición de cuentas.

Otro concepto relevante y sobre el cual hay cada vez mayor énfasis en la gestión pública es el de gobernabilidad electrónica.

Según la CEPAL (Naser, A & Concha, G, 2011), la gobernabilidad electrónica o gobernanza es la manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía.

Siguiendo este desarrollo, el fin primordial de la gobernanza electrónica sería la ampliación de posibilidades de participación ciudadana en la toma de decisiones. En ese sentido, se deben considerar otros aspectos como exclusión digital, alfabetización digital y educación para la ciudadanía digital. Es decir, abordar estos temas desde el Estado implica superar varias brechas y trabajar en disminuir las desigualdades sociales.

A este respecto, cabe mencionar que la brecha digital, según informe del INEI2016, sigue siendo alarmante en la medida que las áreas rurales aún no podrían incorporarse adecuadamente a un tipo de gobernanza que implique como una herramienta fundamental el uso de las nuevas tecnologías. En las áreas urbanas, la brecha es

mucho menor; sin embargo, existe un porcentaje significativo con problemas de acceso a las nuevas tecnologías.

Tabla N°01: Brecha digital

Ámbito geográfico / Sexo	2014	2015	2016
Nacional	40.2	40.9	45.5
Mujeres	37.4	38.5	42.6
Hombres	43.1	43.2	48.3
Lima Metropolitana	60.1	59.4	64.4
Mujeres	56.9	57.1	61.5
Hombres	63.6	61.8	67.4
Resto país	31.0	32.2	36.5
Mujeres	27.9	29.3	33.2
Hombres	33.9	35.0	39.7
Área de residencia			
Urbana	49.2	49.6	54.6
Mujeres	45.6	46.6	51.3
Hombres	52.9	52.7	58.1
Rural	11.5	12.0	14.2
Mujeres	9.5	9.8	11.1
Hombres	13.3	13.9	17.0

Fuente: Inei 2016

En este panorama, es importante superar la perspectiva instrumental y enfocar estos conceptos desde su aspecto estratégico y organizacional. Si bien es cierto que los beneficios que reciben los ciudadanos con el uso de las TICs en el Estado -Front Office (plataformas de interoperabilidad, digitalización de procesos administrativos, servicios transparentes y amigables) son importantes, existe también un beneficio dentro del mismo Estado, en el ámbito interno de las instituciones públicas -Back Office-. El paradigma que se está modificando es el de entender el GE solo como la irrupción de tecnología en procesos internos existentes, para pasar a entenderla como parte de la estrategia innovadora de las instituciones públicas.

1.8. Marco teórico

1.8.1 Carta Iberoamericana de Gobierno Abierto (CIGA)

El marco referencial global de esta perspectiva se encuentra en la Carta Iberoamericana de Gobierno Abierto, aprobada por la XVII Conferencia Iberoamericana de ministras y ministros de administración pública y reforma del Estado realizada en Bogotá, Colombia, el año 2016, la cual establece la necesidad de implementar un nuevo marco de gobernanza pública inspirada en la 70° Asamblea General de las Naciones Unidas en donde se adoptó la Agenda al 2030 para el desarrollo sostenible. Este nuevo marco de gobernanza pública implica un cambio de paradigma en la relación Estado – gobierno – sociedad; en palabras de Oszlak (Oszlak, 2013), este nuevo paradigma implica una etapa de tipo socio-céntrica en la historia política contemporánea, es decir, a diferencia del estado-centrismo y de las reformas neoliberales precedentes, la sociedad organizada y no organizada empieza a tomar mayores niveles de protagonismo a través de su involucramiento en temas relevantes concernientes a las políticas de desarrollo de sus Estados.

Una de las preguntas a menudo formuladas al momento de reflexionar en torno a las políticas públicas hace referencia a la relación entre el “hacer político” y “la política pública”. Es decir, la política en el terreno de las decisiones y la política en el terreno de su aplicación técnica desde el aparato público. Thoenig plantea esta pregunta de la siguiente manera: ¿la política es la fuente de las políticas públicas? o ¿las políticas públicas hacen la política? Estas preguntas cuestionan el paradigma de la teoría de la elección racional según la cual las políticas no son fruto de las decisiones políticas.

“(…) Se ha exagerado a veces la refutación del “sentido común”, tanto más cuanto que los primeros análisis de políticas públicas estaban fuertemente marcados por la impronta del behaviorismo triunfante: se fijaba en los inputs (las demandas) y los outputs (los «productos», las políticas) sin preocuparse demasiado de lo que pasaba en la «caja negra»; es decir, sin tener en cuenta el impacto de las estructuras, de los partidos o de la burocracia. Poco a poco, numerosos estudios demostrarán que, a pesar de todo, esta variable no es desdeñable. La influencia de la política y de la administración ha sido analizada bajo aspectos y según puntos de vista muy dispares”.(Meny, I & Thoenig, J:1992).

1.8.2 El rol del estado y la gestión de los servicios públicos

La “caja negra” del aparato público no toma en cuenta otras variables que estructuran el complejo mayor de la sociedad en donde interviene la cultura nítidamente. El análisis de los flujos lineales del enfoque sistémico para explicar la producción del sistema político resulta insuficiente al momento de tomar en cuenta aspectos de la vida social que intervienen en el proceso mismo de la toma de decisiones. Sin embargo, es preciso señalar las implicancias del enfoque desde la “caja negra” del Estado.

El análisis de las políticas públicas como ciencia de la acción fue desarrollada en los Estados Unidos. Este tipo de análisis fue asumido por los expertos relacionados con los tomadores de decisiones a nivel gubernamental. Las políticas de los expertos fueron instituidas para generar acciones gubernamentales con el fin de maximizar los resultados a través de la atención centralizada en los aspectos metodológicos.

“El producto más célebre de esta tentativa fue algo científicista y mecanicista es el PPBS en estados Unidos y su forma más afrancesada, la RCB (Rationalisation des choix budgétaires)”. (Meny, I & Thoenig, J:1992).

Las preocupaciones de orden teórico fueron relegadas, pues se priorizaba la acción más que la búsqueda de una teoría interpretativa de la acción y de la naturaleza del Estado. Para los politólogos estadounidenses el sistema político-administrativo era tomado en cuenta como un dato indiscutible cuyos fundamentos no eran cuestionados. La post-guerra estuvo marcada por este enfoque “servidor” y aplicativo de políticas construidas por los expertos y funcionarios públicos.

Frente a los problemas encontrados en la adopción del modelo de las políticas de los expertos, surge una nueva concepción que articula tanto la acción gubernamental con el comportamiento del actor. Esta concepción se enmarca en el paradigma de la acción racional y en la teoría de la *Public Choise*. Esta teoría se apoya en tres fundamentos principales:

1.8.3 Modelo racional análisis racional para la toma de decisiones

El comportamiento de los individuos se da de manera racional, únicamente en consideración a sus intereses personales y buscando optimizar los beneficios de sus decisiones.

Existe una distinción entre los bienes privados, que son producidos por el mercado, y los bienes públicos, que emanan de los servicios públicos y de las administraciones. La diferencia reside en que los bienes producidos por el mercado son medibles y vendibles, mientras que los bienes públicos son para todos. Los teóricos de la *Public Choice* tratan de identificar los bienes públicos aplicando el método utilizado con los bienes privados: midiendo sus costos y la asignación de estos a los beneficiarios.

Los individuos buscan maximizar las ventajas y los beneficios, para lo cual utilizan de la mejor manera posible las estructuras disponibles para servir sus intereses. Esto tiene que ver con las externalidades positivas y negativas de las organizaciones o de la acción colectiva. Los individuos buscan en todo momento canalizar dichas externalidades para su beneficio individual. “La *Public Choice* es, en efecto, un proyecto de teoría de la acción pública, la cual califica las relaciones entre el Estado, el mercado y el ciudadano. Esta representa la versión pública de la economía neoclásica. Su tesis principal es la del Estado óptimo-mínimo que maximiza su eficiencia reduciendo su parámetro a las correcciones de las insuficiencias del mercado. (...) Esta se desarrolló durante la década de 1970 y será asociada a la evolución liberal de las políticas públicas a partir de la década de 1980” (Meny, I & Thoenig, J:1992).

Frente a la concepción de las políticas de los expertos y a la teoría de la *Public Choice* aparece una nueva forma de concebir la acción pública y las políticas públicas. Este nuevo enfoque cuestiona los postulados de la *Public Choice* y de la caja negra del Estado para insertar en el análisis de la acción pública los marcos de interpretación de los actores sociales. Esto implica sociologizar el análisis del Estado y asumir que las relaciones entre la sociedad y el Estado son complejas. ¿Cómo puede ser fabricado el orden en una sociedad compleja?

Pierre Müller contribuirá en la edificación del enfoque cognitivo de las políticas públicas para lograr dar una respuesta conceptual a la pregunta planteada.

“El enfoque cognitivo de las políticas públicas puede aportar un cierto número de elementos de respuesta, en la medida que este enfoque permita formular de otra manera la cuestión de la acción pública: a partir del momento en que el objeto de las políticas públicas no es solamente resolver problemas sino construir marcos de interpretación del mundo”. (Muller, P : 2000).

Este enfoque cognitivo se apoya en la sociología de las organizaciones para generar la ruptura con el enfoque sistémico de los expertos y con la teoría de la elección racional. Un conjunto de conceptos empieza a ser tomados en cuenta para el análisis como el concepto de actor, estrategia, poder, información, etc. Esto implica que la caja negra del Estado se abre y se redefinen no solamente en sus fundamentos sino también en su funcionamiento.

Los actores sociales presentan una interpretación del mundo determinada a nivel global y local, y con ello desarrollan un comportamiento guiado por los valores que le atribuyen a dichas formas de concepción del mundo. Este enfoque cognitivo define a las políticas públicas no solamente como una forma de resolver los problemas desde arriba, sino, sobre todo, como una forma de cristalizar las diversas formas de interpretación de los problemas por los actores involucrados mismos con el fin de insertarlas en el debate público y en la agenda gubernamental.

Se ha desarrollado tres de los principales enfoques teóricos del análisis de las políticas públicas. Esto permitirá comprender la evolución del análisis de la acción pública con respecto a sus fundamentos y a las formas de llevar a cabo la resolución de los problemas.

Otra definición es la que ofrece Eugenio Lahera: “Las políticas públicas de excelencia incluyen el aspecto político como su origen, objetivo, justificación o explicación pública. Si las políticas públicas no son enmarcadas en un amplio proceso de participación, ello puede sesgar a los actores públicos: los especialistas hacia la tecnocracia y los comunicadores o encuestólogos hacia al populismo inmediateista” (Lahera, E : 2004).

El mismo autor plantea las características de una política pública por excelencia:

1. Fundamentación amplia y no sólo específica (¿cuál es la idea?, ¿a dónde vamos?)
2. Estimación de costos y de alternativas de financiamiento.
3. Factores para una evaluación de costo-beneficio social.
4. Beneficio social marginal comparado con el de otras políticas (¿qué es prioritario?).
5. Consistencia interna y agregada (¿a qué se agrega?, o ¿qué inicia?).
6. De apoyos y críticas probables (políticas, corporativas, académicas).
7. Oportunidad política.
8. Lugar en la secuencia de medidas pertinentes (¿qué es primero?, ¿qué condiciona qué?).
9. Claridad de objetivos.
10. Funcionalidad de los instrumentos.
11. Indicadores (costo unitario, economía, eficacia, eficiencia)

Ahora bien, cómo definir la política pública en tanto unidad de análisis. No se trata aquí de la política entendida como lucha por el poder. Se entiende, en general, de la política como un dominio de acción expresada en la preocupación constante del Estado en materia de política social, política económica o política cultural.

Esta preocupación está delimitada en la agenda política y representa una elección específica de los medios para lograr ciertos efectos. Tal acepción presupone la acción de los poderes públicos a partir de un sustrato racional, en el sentido weberiano del término.

Las corrientes dominantes de la ciencia política privilegiaron siempre el problema de la conquista de las posiciones centrales del poder en el aparato del Estado en desmedro de la acción del Estado sobre la sociedad. Los estudios de las políticas públicas pusieron énfasis en el estudio de la ingeniería social. Desde esta perspectiva, el Estado no es más que una máquina gigantesca que hace falta ser perfeccionada para mejorar su funcionamiento.

Este enfoque reposa sobre dos postulados: el principio de la instrumentalización de la burocracia y el principio de la exterioridad total de la burocracia frente a la sociedad civil.

El enfoque gerencial tiende a tratar a cada sistema comprendido en el Estado como un sistema autónomo. Este enfoque sistémico, compuesto por unidades sistémicas al interior del aparato del Estado, tiende a no tomar en cuenta aspectos fundamentales para la edificación de las políticas públicas. La sociedad, bajo este esquema, es un dato manejado por los expertos y luego, a través de la racionalidad burocrática, se procesa hasta que la demanda social vuelva nuevamente a la sociedad.

“A nuestro entender, este enfoque no toma en cuenta un fenómeno fundamental que caracteriza a los Estados contemporáneos, el cual hace referencia a la interpenetración creciente del Estado y de la sociedad. El Estado no puede jamás ser interpretado como un árbitro situado fuera de la sociedad. El Estado es penetrado por las fuerzas sociales donde este pretende asegurar el ajuste. El Estado debe contribuir a modelar la sociedad civil donde la política tiene la tarea de asegurar la coherencia de dicha modelación y ajuste¹”.

Jobert plantea otra forma de comprender la relación Estado-sociedad y cómo, desde esta relación, las políticas públicas deberían de estar orientadas. La emisión de normas destinadas a regular la sociedad debe responder a un cuadro de interpretación de los problemas sociales a partir de la identificación de una forma global y sectorial de abordarlos. La idea de la interpenetración creciente del estado y la sociedad contesta la exterioridad radical del Estado y la idea de una sociedad civil autónoma.

Las políticas públicas, por tanto, desde este prisma interpretativo, estarían orientadas a generar las condiciones institucionales adecuadas para que dicha interpenetración se desarrolle de manera coherente y sujeta a objetivos mayores y consensuados. La

¹ Jobert, B. (1985). L'État en action. L'apport des politiques publiques. *Revue française de science politique*, N° 4, p. 655.

racionalidad instrumental sujeta a fines no permite que dicha interpenetración pueda generarse en la medida que dicha racionalidad.

Ahora bien, establecido el marco teórico de la presente investigación, la cual, en síntesis, considera que la perspectiva instrumental y sistémica para el mejoramiento de la funcionalidad estatal parte de la necesidad de comprender la dimensión general del análisis de las políticas públicas, es preciso desarrollar, desde una perspectiva sectorial, la dimensión normativa y el marco referencial en donde la necesidad de elaborar una herramienta que permita optimizar la toma de decisiones se ve justificada teórica y metodológicamente el cual contempla dispositivos legales del sector salud que soportan los procesos de un sistema de gestión con enfoque de datos abiertos en la fase Gobierno – Ciudadano, igualmente con la necesidad integrar y homologar estándares de datos en salud.

La Carta Iberoamericana de Gobierno Abierto (GA) define este concepto de la siguiente manera (CLAD, 2016): Es el conjunto de mecanismos y estrategias que contribuye a la gobernanza pública y al buen gobierno, basado en los pilares de la transparencia, participación ciudadana, rendición de cuentas, colaboración e innovación, centrando e incluyendo a la ciudadanía en el proceso de toma de decisiones, así como en la formulación e implementación de políticas públicas, para fortalecer la democracia, la legitimidad de la acción pública y el bienestar colectivo. Esta definición permite establecer un conjunto de conceptos que se encuentran interrelacionados y contenidos en el espíritu del GA, tales como gobierno electrónico, gobernanza de datos, uso de tecnologías de la información y conocimiento (TIC), gobernanza colaborativa, etc. Estos conceptos buscan definir, en sentido práctico, el desarrollo funcional del GA, es decir, la elaboración e implementación de programas de GA a través del uso de determinadas herramientas conceptuales, metodologías, tecnologías, nuevos lenguajes de programación informática, entre otras, y a través de la planificación de los procesos del GA como una política pública que permita el involucramiento participativo de los distintos actores tanto institucionales, sociedad civil organizada y ciudadanía en general. La idea matriz es romper con el paradigma de la concentración y centralización de la información como instrumento de poder, y pasar a una nueva etapa que implica una recuperación del sentido más genuino de la praxis democrática donde el debate público, a partir del manejo democrático de la información y de los datos, constituya una condición necesaria para construir poder y retroalimentación socialmente.

1.9. Definición de términos básicos

El presente trabajo se inscribe en el marco conceptual de la gestión pública en materia de salud, el cual permite aproximarnos, a través del desarrollo de diferentes conceptos, a una comprensión del estado situacional del sector salud, con énfasis en el primer nivel de atención. En ese sentido, se parte de la premisa que la lógica instrumental y sistémica debe establecerse sobre la base de una base descriptiva y explicativa que nos permita comprender el funcionamiento estructural de la materia en estudio.

Cobertura prestacional.- el cual hace hincapié en la necesidad de ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud integrales con calidad y centrados en las personas y la comunidad.

La cobertura prestacional hace referencia al perfil de la oferta de un establecimiento de salud, de cara al usuario.

IPRESS.- Se define como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Las que son responsables frente a los usuarios por las prestaciones de salud con oportunidad y calidad que brinden.

IAFAS.- Se define como las Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud tiene como finalidad financiar la atención integral de la salud.

Accesibilidad geográfica tiene varias definiciones, pero en este caso es el acceso del usuario más cercano al establecimiento de salud que ofrezca una cartera integral.

Aseguramiento Universal.- es el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna que tiene toda la población residente en el territorio nacional desde su nacimiento hasta su muerte.

SUSALUD.- La Superintendencia Nacional de Salud es la institución encargada de proteger los derechos en salud de cada peruano, para lo cual orienta sus acciones a empoderar y colocar al ciudadano en el centro del sistema de salud nacional, sin importar donde se atienda o su condición de aseguramiento.

Atención de la Salud a la Comunidad, el cual consiste en el conjunto de atenciones que se brindan a la comunidad en coordinación con los actores claves (municipio, instituciones educativas, centros laborales, organizaciones de base, entre otros) mediante alianzas estratégicas u otros medios y con los agentes comunitarios de la salud.

Las atenciones se orientarán de acuerdo a los ejes temáticos priorizados en concordancia al contexto local y regional, perfiles epidemiológicos, demográficos, socioculturales, geográficos de la comunidad, entre otros. Las intervenciones deben de contemplar la evaluación de las mismas para evidenciar cambios o generación de actitudes y practicas saludables.

Capacidad de oferta.- consiste en la capacidad que tienen los recursos de un establecimiento de salud para producir el número de servicios suficientes para atender el volumen de necesidades existentes en la población (depende de la cantidad de sus recursos disponibles).

Capacidad resolutive.- es la capacidad que tienen los establecimientos de salud de producir el tipo de servicios necesarios para solucionar las diversas necesidades de la población, incluyendo la satisfacción de los usuarios, (depende de la especialización y tecnificación de sus recursos).

Cartera de Atención de Salud.- es el conjunto de diferentes atenciones que brinda un establecimiento de salud, basado en sus recursos humanos y recursos tecnológicos. En el caso de establecimientos de salud públicos, la Cartera de Atención de Salud responde a las necesidades de salud de la población y a las prioridades de políticas sanitarias sectoriales.

Cartera de Atención de Salud de Establecimientos de Salud del primer nivel de atención sin internamiento.- consiste en el conjunto de atenciones ambulatorias que se brindan en el primer nivel de atención de salud, como primer contacto, según curso de vida, que abarcan aspectos de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos con enfoque de salud individual, familiar y comunitaria, en el marco de redes de servicios de salud y son puerta de entrada al sistema de salud. Es brindada por el equipo básico de salud. El horario de atención del establecimiento de salud corresponde hasta 12 horas.

La Cartera de Atención de Salud de Establecimientos de Salud del primer nivel de atención con internamiento.- es el conjunto de atenciones ambulatorias y hospitalarias

que se brinda en el primer nivel de atención de salud, según curso de vida que abarcan aspectos de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos con enfoque de salud individual, familiar y comunitaria, en el marco de redes de servicios de salud. Es brindada por un equipo multidisciplinario. El horario de atención del establecimiento de salud es de 24 horas.

Establecimientos de salud.- son aquellos que realizan atención de salud en régimen ambulatorio o de internamiento, con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para mantener o restablecer el estado de salud de las personas.

Intervenciones en salud.- por otro lado, Son las prestaciones y/o conjunto de prestaciones en salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y rehabilitación, orientadas al manejo de las condiciones sanitarias priorizadas para el proceso de Aseguramiento Universal en Salud.

Modelo de atención integral de salud.- constituye el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la prestación de una atención integral, continua y de calidad, a la persona, familia y comunidad para satisfacer sus necesidades de salud mediante intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Oferta fija.- es la modalidad de la oferta de servicios de salud que se brinda en instalaciones inmuebles.

Oferta móvil.- es la modalidad de la oferta de servicios de salud que se brinda en instalaciones móviles o por personal de la salud que se desplaza al lugar en donde se encuentra la población a quien se va a prestar servicio.

Prestación de salud.- es la unidad básica que engloba los procedimientos que se brindan a los usuarios de los establecimientos de salud.

Información Oportuna.- La información oportuna es aquella que esta en el momento oportuno. Para que una información se pueda utilizar, deberá estar disponible en el momento adecuado.

Formato único de atención (FUA).- Es el formato en el que se registran los datos de la atención y prescripción (procedimientos, medicamentos, insumos, apoyo al

diagnóstico), así como los datos de afiliación del asegurado/inscrito que recibe una prestación de salud o una prestación administrativa.

Estandarización de datos.- es el proceso de ajustar o adaptar características en un producto, servicio o procedimiento; con el objetivo de que éstos se asemejen a un tipo, modelo o norma en común.

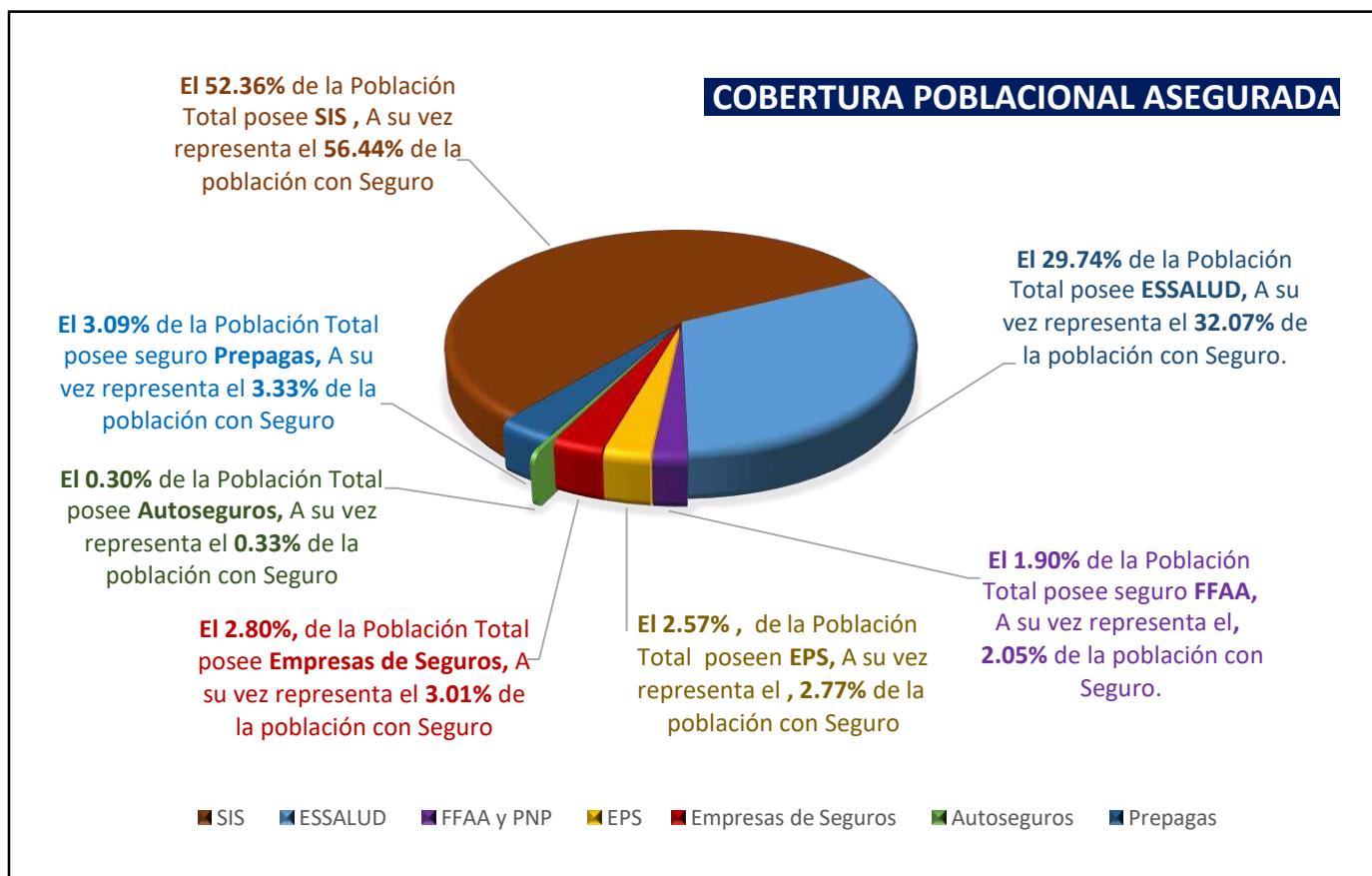
Homologación.- es un proceso mediante el cual las entidades del estado, que formulan políticas nacionales y/o sectoriales, uniformizan las características técnicas y/o requisitos de calificación de los requerimientos en general relacionados con el ámbito de su competencia.

Información adicional

Teniendo en cuenta que el Perú ha escogido el camino del aseguramiento, la cobertura poblacional se refiere al número y/o porcentaje de la población que está afiliada a alguna IAFA y que por ende tiene derecho al Plan de Benéficos correspondiente.

Se estima que en junio del 2018 la población afiliada algún tipo de seguro en el Perú asciende a 26'763, 651 millones, lo cual representa al 84% de la población, según el último censo. De ellos 52.32% al SIS, 29.74% a EsSalud, 1.90% a las Fuerzas Armadas, 2.57% a EPS, 2.80% a Empresas de seguros, 0.30% a Autoseguros y 3.09% a prepagas.

Gráfico N°03: Distribución Poblacional, Según la Cobertura de aseguramiento



Fuente: SUSALUD/Elaboración propia

Sin embargo, la sola afiliación no es garantía de acceso, por ello la cobertura se aprecia en función al acceso a la atención a la salud, y parte del reconocimiento de las necesidades de salud de la población y cómo el acceso enfrenta las siguientes seis barreras: 1) La barrera financiera: la proporción de la población cubierta por un seguro; 2) El contenido del paquete de beneficios del seguro de salud; 3) Los acuerdos relacionados a los co-pagos; 4) Las barreras geográficas; 5) Las barreras organizativas y 6) La utilización de los servicios accesibles o disponibles.

El acceso al financiamiento a través de la progresión de los diferentes seguros y sus resultados –por grupo de edad y distribución geográfica, así como por género- los vemos en las figuras del MINSA, SUSALUD y del INEI.

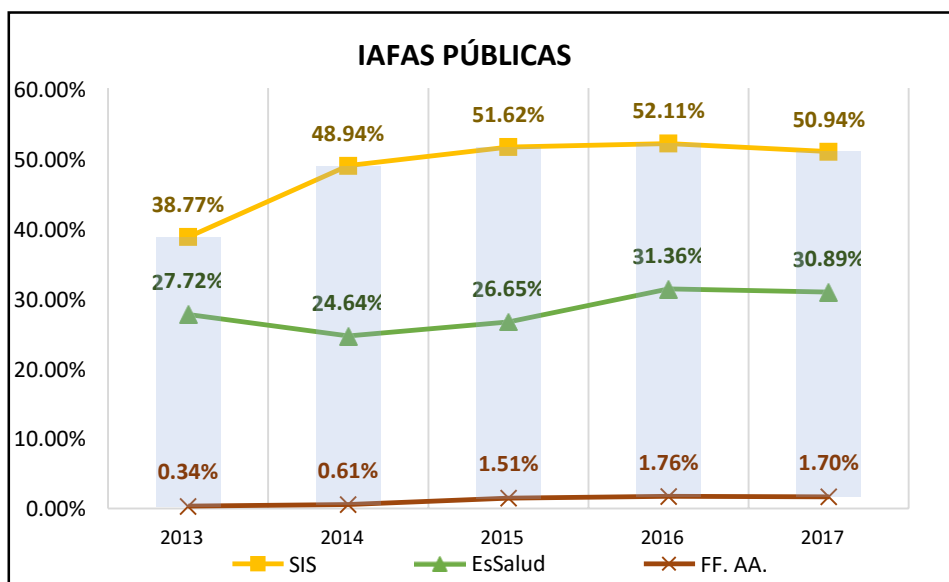
La siguiente tabla muestra la cobertura poblacional en los últimos 5 años:

Tabla 02: Evolución de afiliaciones por Iafas a Seguro de salud y sctr. 2013-2017

IAFAS	2013		2014		2015		2016		2017	
	Seguro de salud	%	Seguro de salud	%	Seguro de salud	%	Seguro de salud	%	Seguro de salud	%
SIS	11814620	37.90%	15079371	47.76%	16078993	50.29%	16407505	50.69%	16211621	49.48%
Es Salud	8448238	27.10%	7594055	24.05%	8303456	25.97%	9874390	30.51%	9832431	30.01%
EPS	781370	2.51%	832408	2.64%	745719	2.33%	830499	2.57%	841514	2.57%
FF. AA.	105004	0.34%	187122	0.59%	470987	1.47%	553669	1.71%	542049	1.65%
Auto seguros	19017	0.06%	21689	0.07%	60549	0.19%	68019	0.21%	102779	0.31%
Prepagas	403925	1.30%	475112	1.50%	616578	1.93%	538496	1.66%	551284	1.68%

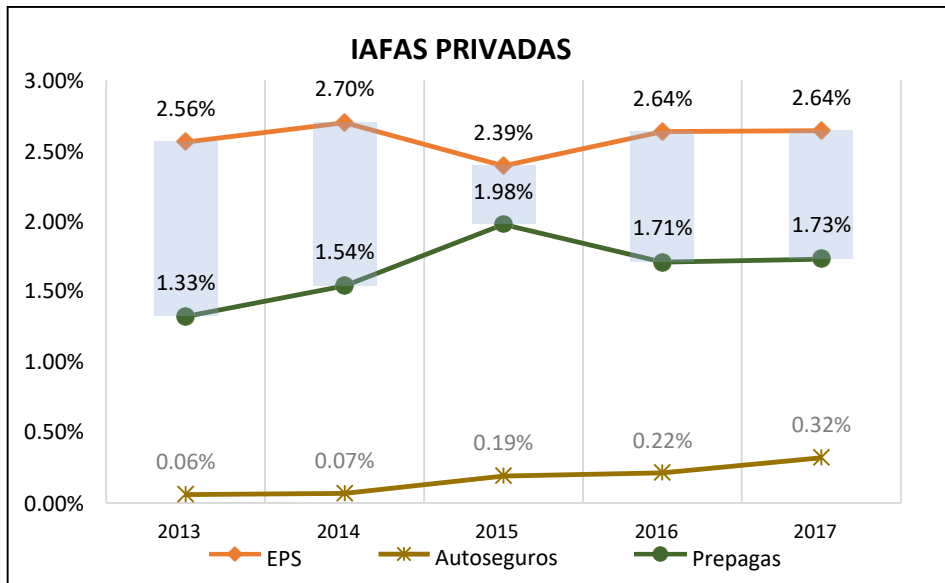
Fuentes: - Boletín Anual 2017 Susalud, INEI-Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050, Varo Group

Gráfico N°04: Evolución de la cobertura de aseguramiento en Salud en el Perú 2000-2015



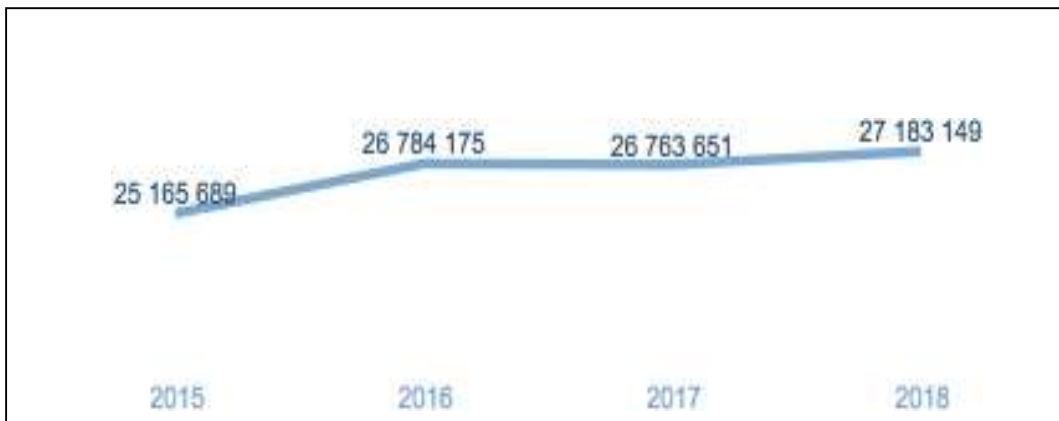
Fuente: Varo Group

Gráfico N°4.1: Evolución de la cobertura de aseguramiento en Salud en el Perú 2000-2015



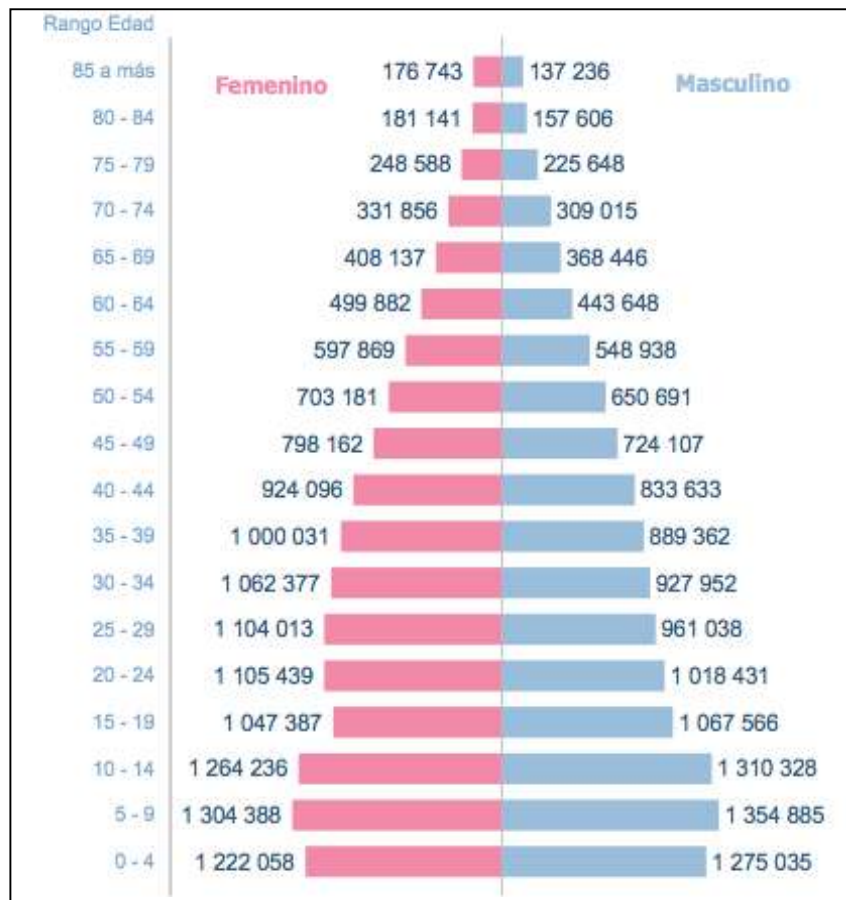
Fuente: Varo Group

Gráfico N°05: Evolución de afiliados a algún seguro de salud



Fuente: SuSalud

Gráfico N°06: Pirámide Poblacional de Afiliados del AUS

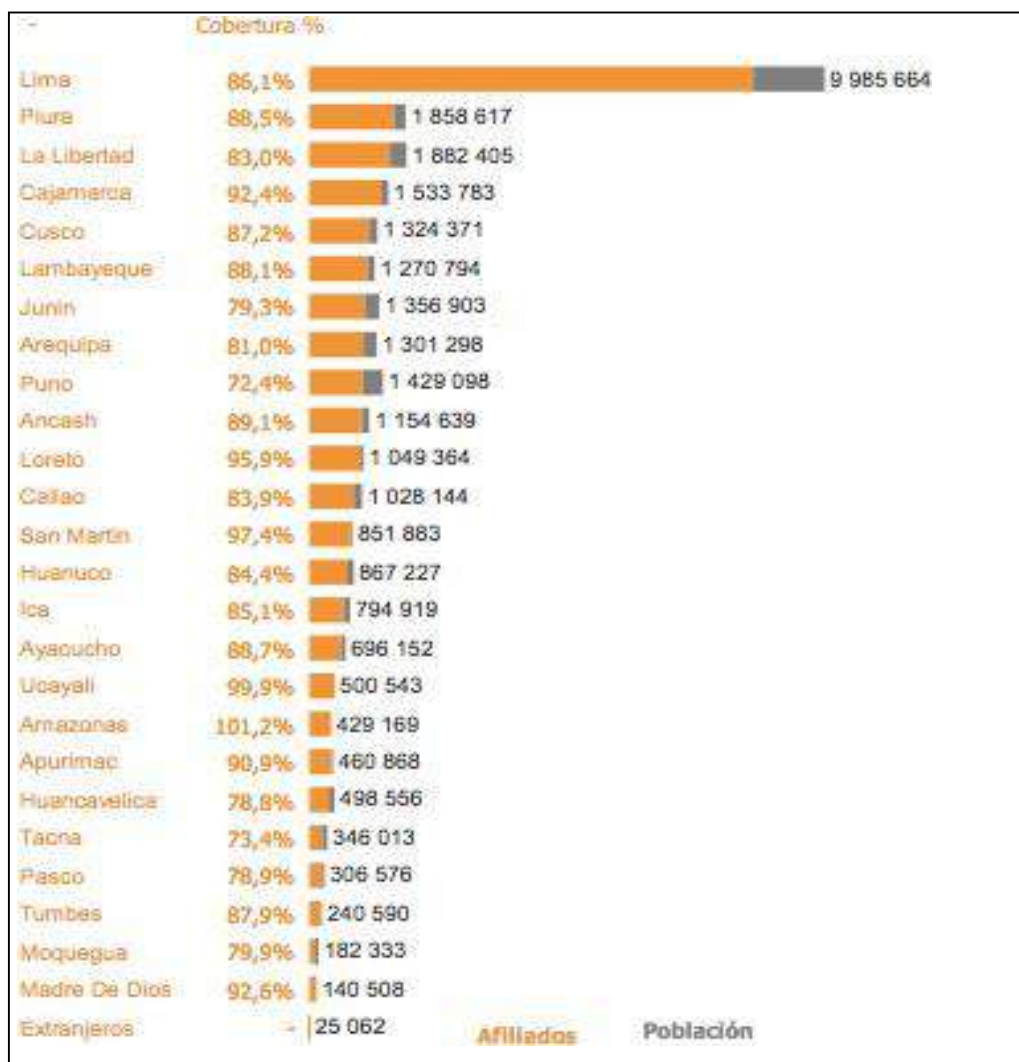


Fuente: SUSALUD

La Gráfica anterior permite visualizar la distribución de asegurados según etapa de vida y por género. Es importante señalar que la mayor población de asegurados se encuentra en niñas y niños en etapa escolar, aún existen dificultades para afiliar a más personas. Esto se debe, principalmente, al nivel de accesibilidad y a las limitadas actividades de promoción que se desarrollan por parte de SIS desde los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Esta realidad se puede visualizar en la siguiente gráfica, en donde se puede observar que la cobertura de afiliados se concentra en Lima, en menor medida Piura, Cajamarca, La Libertad, y, de manera muy inferior, en las regiones de Huancavelica, Tacna, Pasco, Tumbes, Madre de Dios.

Gráfico N°07: Cobertura de Afiliados del AUS por Región



Fuente: SUSALUD

Cabe mencionar que la ampliación de la cobertura de afiliados implica, de manera complementaria, fortalecer el Primer Nivel de Atención, así como la organización de los servicios de salud en base a un modelo de redes que permita optimizar la oferta sanitaria disponible.

La propuesta del aseguramiento universal, distingue dos niveles de beneficios: *El primero, con el Paquete Esencial de Atención a la Salud (PEAS)* de carácter obligatorio y, *el segundo nivel con mayores beneficios*. En realidad, esta distinción no se ha implementado sistemáticamente en un sistema híbrido y fragmentado como es el caso peruano, pero, cada uno de los subsistemas (MINSA-SIS, EsSalud, EPS y seguros privados) ha venido trabajando con una dinámica propia.

Según SuSalud, en la figura inferior, muestra que el 95.2% o sea la inmensa mayoría de peruanos cuenta con el plan esencial que está limitado a las enfermedades prevalentes de bajo costo.

Gráfico N°08: Cantidad y Porcentaje de afiliados con PEAS y sin PEAS



Fuente: Susalud

En el fondo mancomunado público, se calcula que se gastó S/. 260 solo per cápita usando el mecanismo de presupuesto histórico, 198 soles por mecanismo PpR S/. 66 por el mecanismo SIS, y S/. 45 usando ambos mecanismos PpR y SIS. En el fondo mancomunado ESSALUD, los gastos per cápita mancomunado, se computa el gasto per cápita no mancomunado, es decir, el gasto de bolsillo.

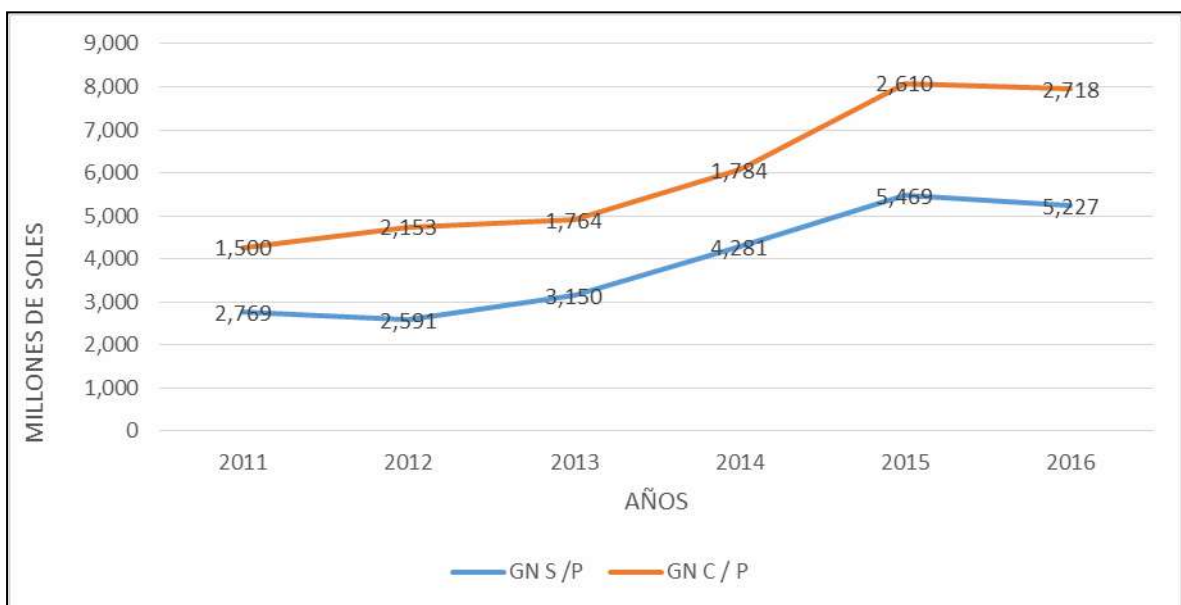
Tabla N°03: Gasto Per cápita

Mecanismo de planificación y/o ejecución	Gasto, nuevos soles, 2014	Personas beneficiadas o afectadas	Número estimado de beneficiarios, 2014	Gasto per cápita, S/.
Presupuesto histórico sector público	5 741 223 674	Asegurados SIS + no asegurados	22 068 041	260
PpR	4 379 144 048	Asegurados SIS + no asegurados	22 068 041	198
SIS	806 585 223	Asegurados SIS	12 299 475	66
SIS y PpR	550 637 753	Asegurados SIS	12 299 475	45
Presupuesto histórico ESSALUD	6 391 351 458	Asegurados ESSALUD	8 299 057	770
Seguros privados	ND	Asegurados privados		ND
Gastos de bolsillo*	1 980 215 484	Asegurados SIS	12 999 475	161
Gastos de bolsillo*	3 527 099 225	Asegurados ESSALUD	8 299 057	425
Gastos de bolsillo*	2 862 189 838	No asegurados	9 768 566	293

Fuente: Elaboración ENAHO (2014), ESSALUD (2014) y SIAF (2014)

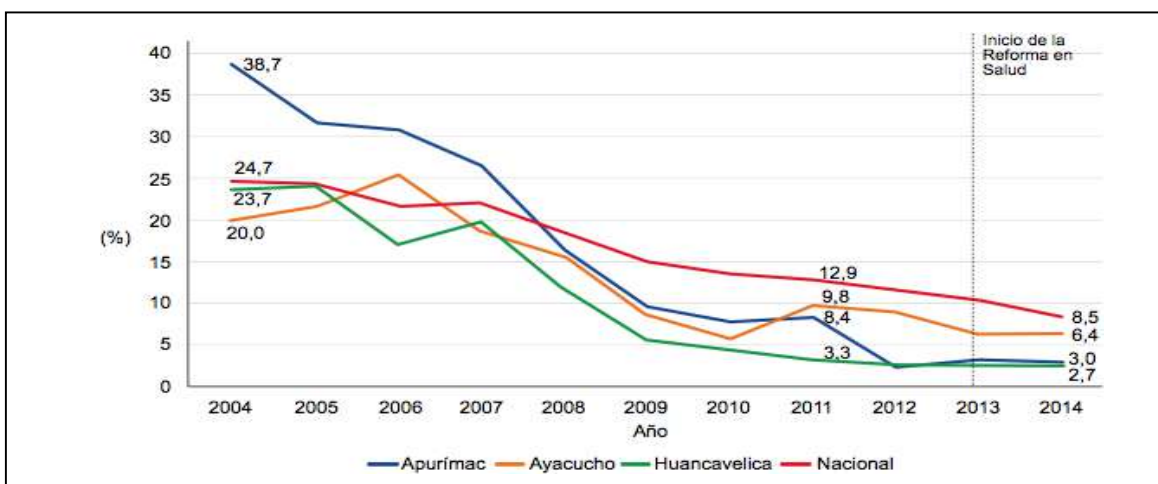
Otro concepto importante es el de *protección en salud y financiamiento*. El tema del financiamiento del sector salud es una pieza fundamental de los intentos de reforma emprendidos. El instrumento que se viene utilizando son las cuentas nacionales de salud. El estudio del MINSA nos muestra la evolución del presupuesto en salud, desde el 2011-2016.

Gráfico N°09: Presupuesto Función Salud. Gobierno Nacional 2011-2016



Fuente: MINSA Informe para la Transferencia de Gestión del Ministerio de Salud 2011-2016

Gráfico N°10: Falta de dinero como causa para no acudir a servicios de salud en tres regiones pobres del Perú

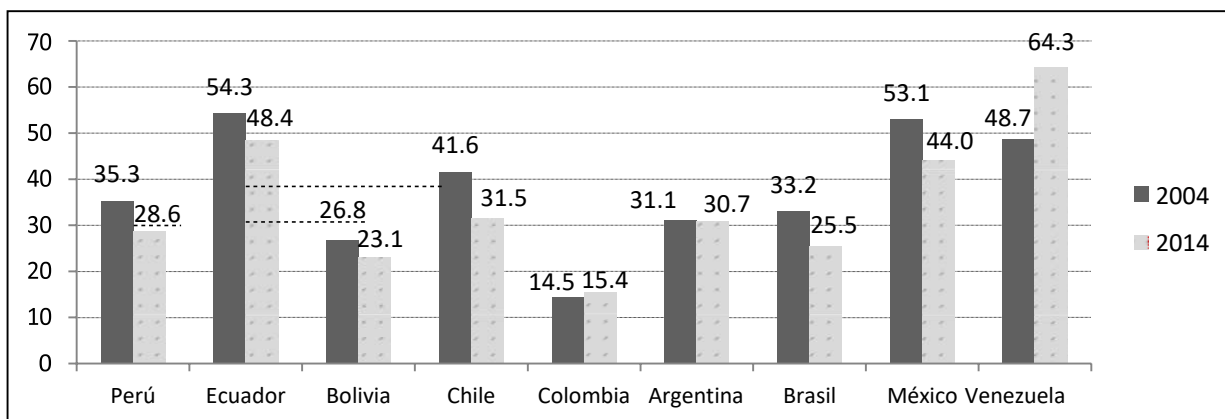


Fuente: MINSA Informe para la Transferencia de Gestión del Ministerio de Salud 2011-2016

El Gráfico N°10 permite visualizar cómo, desde el año 2004 hasta el 2014, la falta de dinero como causa para no acudir a los servicios de salud ha ido disminuyendo. Esta realidad implica que más sectores poblacionales acceden a los servicios de salud, lo cual genera nuevos retos respecto al diseño e implementación de mecanismos y herramientas públicas orientados a incrementar la funcionalidad de los servicios de salud, es decir, monitorear y evaluar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud del primer nivel de atención en concordancia a la dinámica de la demanda.

Otro concepto importante es el *Gasto Bolsillo en Salud (GBS)*. El GBS constituye un indicador relevante que permite conocer el porcentaje del gasto total en salud (GBS/GTS), que para el caso peruano en los últimos 10 años ha variado de 35.31% en el 2004 a 28.62% en 2014, lo cual implica una reducción de 6.7%. Si bien en la mayoría de países de Sudamérica el gasto de bolsillo en salud se ha reducido, en Colombia, siendo el más bajo de la región, en el periodo en mención aumento ligeramente, aunque sigue siendo la mitad del gasto de bolsillo del Perú, entre tanto en Venezuela, siendo alto, se incrementó en el mismo periodo de manera considerable siendo el más alto de la región.

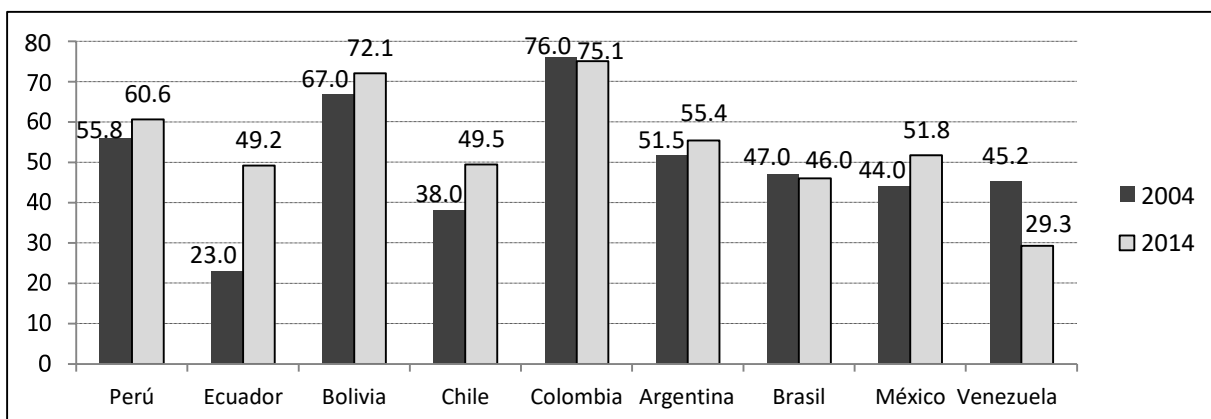
Gráfico N°11: Evolución del Gasto de Bolsillo en Salud sobre el Gasto Total en Salud (GBS/GTS). Expresado en porcentaje. Año 2004 y 2014



Fuente: Banco Mundial. Consulta realizada el 29 de setiembre del 2017 / DGAIN-DAS

Además, otro indicador significativo es el gasto público en salud sobre el gasto total en salud, que para el 2004 era de 55.8% y para el 2014 fue de 60.6%.

Gráfico N°12: Evolución del gasto público sobre el gasto total en salud. Expresado en porcentaje. Año 2004 y 2014



Fuente: Banco Mundial. Consulta realizada el 29 de setiembre del 2017 / DGAIN-DAS

En el marco del aseguramiento universal en salud, se realizó un análisis de hogares con seguro y hogares sin seguro en donde se identificó lo siguiente: la proporción del gasto de bolsillo en salud, como proporción de la capacidad de pago, es mayor en 0.5% en los hogares sin seguro, respecto a los hogares con seguro, independientemente de si el seguro es público, privado o mixto. De igual manera, comparando el gasto de bolsillo en salud

sobre el gasto total en salud, en los hogares sin seguro la proporción es mayor en 20% que en los hogares con seguro.

Tabla N°04: Gasto de bolsillo/Capacidad de pago y GBS/gasto total en salud. Año 2016

	Gasto de bolsillo en salud/Capacidad de pago		Gasto de bolsillo en salud/gasto total en salud	
Hogares con seguro	6,414,012	1.2%	6,078,180	50%
Hogares sin seguro	2,202,304	1.7%	2,009,183	70%

Fuente: ENAHO, 2016.

Además, comparando a los países de la Comunidad Andina, el gasto de bolsillo en salud promedio por habitante en Perú es de 102 dólares al año, mientras que en Bolivia es de 47 dólares, Colombia de 87 dólares, Ecuador de 280 dólares.

Si se analiza el gasto del hogar en salud por quintiles, se puede identificar que el quintil más bajo tiene un gasto de bolsillo en salud del hogar de 812 soles al año, que si se divide entre la cantidad promedio de miembros de una familia (aprox. 4.6 miembros por familia), se obtiene 176 soles por miembro al año o 14 soles al mes.

Por otro lado, el quintil más alto, tiene un gasto en salud promedio de 4,144 soles por hogar, que representa 5 veces más el gasto en salud del primer quintil.

Tabla N°05: Gasto total de hogares y gasto total en salud de hogares

TOTAL DE HOGARES			
Quintil	N° de personas	Gasto Total Hogar	Gasto Total en Salud Hogar
IQ	1,264,704	9,408	812
IIQ	1,353,822	14,601	1,212
IIIQ	1,603,176	21,126	1,631
IVQ	1,907,100	28,557	2,207
VQ	2,487,514	48,838	4,144

Fuente: DGAIN/DAS.

Tabla N°06: Hogares con GBS

HOGARES CON GBS									
Quintil	N°	Gasto Total Hogar	Gasto Total en Salud Hogar	GBS Hogar	Gasto Total por Miembro de Hogar	Gasto Total en Salud por Miembro de Hogar	GBS por Miembro de Hogar	GBS/Gasto Total (%)	GBS / Gasto Total en Salud
IQ	807,265	10,502	1,018	450	4,708	493	215	4.1%	53.8%
IIQ	1,035,053	15,324	1,369	653	6,110	540	272	4.0%	55.0%
IIIQ	1,343,175	21,860	1,815	904	7,659	633	333	4.0%	58.3%
IVQ	1,721,298	29,124	2,345	1,253	8,689	693	395	4.1%	62.0%
VQ	2,334,211	49,675	4,329	2,577	12,825	1,076	674	4.9%	67.4%

Fuente: DGAIN/DAS

El GBS se encuentra relacionado a la toma de decisiones que los hogares realizan para la adquisición de servicios de salud, mediante la prima de un seguro, el pago directo por atención, hospitalización, medicamentos u otros insumos.

Si bien existen diferentes definiciones acerca del Gasto de bolsillo en salud (GBS), se ha logrado encontrar dos coincidencias. La primera es que el GBS ocurre en el momento de comprar un bien o servicio de salud independientemente de su procedencia formal o informal, así como independientemente de la relación del pago con el precio total del bien y/o servicio. La segunda coincidencia es que el GBS no incluye los pagos por primas obligatorias o voluntarias.

Al analizar el gasto del hogar por quintiles, se obtuvo que el quintil más bajo tiene un gasto de bolsillo en salud de 812 soles al año. Si dicha cantidad se divide entre la cantidad promedio de miembros de una familia (aprox. 4.6 miembros por familia), se obtiene 176 soles por miembro al año o 14 soles al mes. Por otro lado, el quintil más alto, tiene un gasto en salud promedio de 4,144 soles por hogar, representando 5 veces más el gasto en salud del primer quintil. En ese sentido, se evidencia una gran brecha entre el quintil más bajo y el más alto.

Se recomienda hacer una revisión sobre el gasto de bolsillo en salud mayor a cero para los afiliados a IAFAS públicas, dado que el plan de beneficios que ofrece a sus afiliados debería cubrir el 100% de las atenciones, incluyendo medicamentos.

Otro concepto importante es el de Acciones Intersectoriales en Salud. La política de salud no solo descansa en las políticas sectoriales. Muchas de las intervenciones en el campo de las políticas públicas saludables están fuera del alcance de los Ministerios de Salud. En este siglo, en un primer momento, se realizan Reuniones Macro-regionales de Salud, en la administración de la Ministra Pilar Mazzeti (2005) y luego en el Estado peruano para atender los problemas sociales se comenzó a trabajar con en la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) que tiene como propósito la reducción de la pobreza.

Para las intervenciones en el campo de las políticas de salud que demandan intervenciones intersectoriales y transectoriales, el Estado cuenta con un espacio de decisiones denominado Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS).

Para apoyar el proceso de descentralización iniciado el año 2002, se formó la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS) a donde asiste las principales autoridades del nivel central y las regionales. Esta Comisión comenzó a funcionar desde el 2010 y está conformada por el ministro de salud y los principales representantes de las direcciones o gerencias regionales de salud (DIRESA o GERESA), para lograr acuerdos sobre prioridades de intervención en el sector. La última sesión de CIGS fue en mayo 2018 donde se llegaron a los acuerdos sobre la Implementación de Redes y Levantamiento de Cartera de Atención.

La planificación de las inversiones a nivel regional se decide en los Comités Regionales Intergubernamentales de Inversión en Salud (CRISS), cuya labor se ha materializado en la aprobación y priorización de los proyectos de inversión multianuales, en la que participan el gobernador regional y alcaldes provinciales. Un tema en la agenda del CRISS fue aprobar la construcción de 748 establecimientos estratégicos en el primer nivel de atención.

La alta prevalencia de la anemia infantil y de mujeres en edad fértil ha permitido que el actual gobierno peruano priorice estos dos problemas para establecer estrategias orientadas a su reducción drástica. Este problema de salud pública, que no debería de existir en un país con los niveles de ingresos económicos que tiene el Perú, viene siendo intervenido con un enfoque intersectorial.

La intersectorialidad implica establecer un marco de gobernanza colaborativa entre los actores institucionales involucrados, diseñando planes de salud local que permita da una dimensionada solución a los problemas de salud identificados y definidos en las diversas localidades y ámbitos territoriales del país. Los Planes Locales de Salud, establecidos por los Gobiernos Regionales en el marco de la cogestión (CLAS), constituyen una herramienta que debe ser fortalecida y adaptada a los cambios actuales en materia de gestión pública más moderna.

El proceso de *interoperabilidad* hace referencia al conjunto de sistemas de información que interactúan sobre la base de determinados estándares establecidos, con el objetivo de generar y transparentar información sanitaria estratégica, permitiendo de esta manera incrementar el nivel de racionalidad de los actores involucrados en el sector salud para una mejor toma de decisiones.

Es preciso resaltar que dentro de las instituciones sanitarias existen múltiples sistemas de información, elaborados bajo sus posibilidades operativas concretas, sistematizando información importante sobre el funcionamiento de los establecimientos de salud. Dicha información se encuentra fragmentada, lo cual incrementa las probabilidades de perder información sanitaria valiosa. En ese sentido, es importante destacar que la conceptualización relativa al proceso de interoperabilidad no debe verse como un tema exclusivo del área informática, sino como un asunto relativo a las competencias de los actores centrales, tales como los profesionales de la salud y las autoridades que regulan el sector sanitario (Indarte & Pazos, 2011).

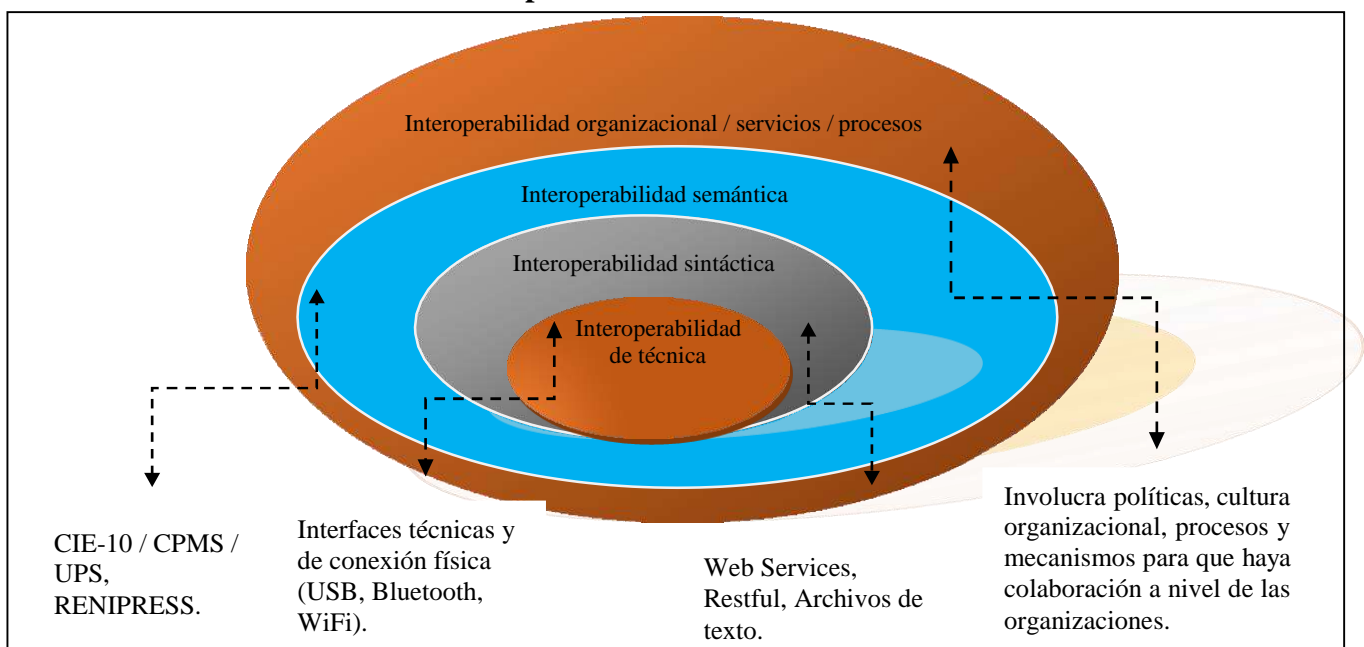
Bajo esta perspectiva, la interoperabilidad no implica únicamente la interacción de sistemas informáticos independientes, sino, de manera fundamental, implica también el fortalecimiento de lazos colaborativos entre instituciones, con compromisos claros y políticas definidas de manera colectiva en materia de integración del sistema de salud en función a criterios de optimización de la oferta en salud (carteras de servicios),

funcionalidad en red de los servicios de salud (redes funcionales), caracterización de la demanda de los distintos ámbitos territoriales, etc.

Es común dar cuenta de que cada institución sanitaria, financiadora, aseguradora, fiscalizadora y reguladora, así como las distintas agencias gubernamentales, universidades y demás actores del sistema de salud, son islas de información en sí mismas, donde el intercambio de información con los otros actores es la excepción. Este esquema resulta inefectivo a la hora de coordinar políticas y ejecutar proyectos concretos conjuntos para buscar la mejora global.

En ese sentido, la interoperabilidad permite la correcta definición de los sistemas de información intra e interinstitucionales orientados a la coordinación de políticas, planes y proyectos, así como la informatización aplicando TICs y el uso de estándares, que constituyen requisitos fundamentales para lograr interoperabilidad (Indarte & Pazos, 2011). Bajo este enfoque, el camino para migrar del paradigma actual de los sistemas de salud basados en centros independientes es un nuevo paradigma que privilegie la interoperabilidad basada en redes integradas de actores, lo cual constituiría una verdadera meta de Estado. La interoperabilidad debe darse a nivel semántico, sintáctico y organizacional.

Gráfico N°13: Modelo de interoperabilidad



Fuente: Dgain

Por otro lado, el concepto de *Atención Integral de Salud* consiste en la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo del personal de salud competente con enfoque biopsicosocial, a través de un trabajo en equipo, coordinado y con la participación de la sociedad.

El concepto de *Atención en Salud* consiste en el conjunto de atenciones desarrolladas por personal de la salud para las intervenciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos en salud, organizadas por ciclos de vida: Niño, adolescente, joven, adulto, adulto mayor y gestante.

Tabla N°07: Cursos de Vida y Grupos Etarios

CURSO DE VIDA	GRUPO ETAREO
Niño	Neonato hasta 28 días
	Niño de menos de 1 año
	Niño de 1 a 4 años 11 meses 29 días
	Niño de 5 a 11 años 11 meses 29 días
Adolescente	De 12 a 17 años 11 meses 29 días
Joven	De 18 a 29 años 11 meses 29 días
Adulto	De 30 a 59 años 11 meses 29 días
Adulto Mayor	De 60 a más
Gestante	-

Fuente: DGAIN/DIPOS

Otro concepto es el de Atención de Salud a la Familia, el cual consiste en el conjunto de atenciones mediante las cuales se realiza la atención a las familias en el contexto de su comunidad según ciclo vital familiar, en el ámbito intramural o extramural.

Tabla N°08: Ciclo Vital Familiar

CICLO VITAL FAMILIAR	
Familia en Formación	
Familia en Expansión	Con nacimiento del primer hijo/a
	Con hija/o en edad pre-escolar
	Con hija/o en edad escolar
	Con hija/o adolescente
	Con hija/o en edad adulta
Familia en dispersión	
Familia en contracción	

Fuente: DGAIN/DIPOS

II. MÉTODO

2.1 Tipo de Diseño de Investigación

2.1.1. Diseño de investigación

A continuación, se explicará la definición del diseño experimental cuasi experimental que se va a realizar:

Diseño experimental – Cuasi Experimental: es una investigación que posee todos los elementos de un experimento, excepto que los sujetos no se asignan aleatoriamente a los grupos. En ausencia de aleatorización, el investigador se enfrenta con la tarea de identificar y separar los efectos de los tratamientos del resto de factores que afectan a la variable dependiente. (J.Pedhazur & Pedhaszur Schmelkin, 1991)

Se escogió este diseño de investigación porque se quiere saber cuál es su nivel de satisfacción de los usuarios de unos establecimientos de salud a la hora de indagar información o alguna atención de salud.

Por lo que se está dando en este trabajo el resultado de la insatisfacción de la mayoría de usuarios que acuden a un establecimiento de salud a indagar información o alguna atención de salud.

2.1.2. Tipo de investigación

A continuación, se explicará la definición del tipo de investigación que se va a realizar:

Aplicada, toma de nombre de “investigación práctica o empírica”, busca la aplicación o utilización de conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación, el uso del conocimiento y los resultados de investigación da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad (Hernández W. 2008).

Se escogió este tipo de investigación porque el proyecto se está realizando en los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud para poder mejorar el acceso de información al usuario externo como poder hacer ágil el proceso de reembolsos de las atenciones prestadas por el establecimiento.

2.1.3. Nivel de la investigación

A continuación, se explicará la definición de los niveles de la investigación que se va a realizar:

Investigación descriptiva: Tiene como objetivo la descripción de los fenómenos a investigar; tal como es y cómo se manifiesta en el momento (presente) de realizarse el estudio y utiliza la observación como método descriptivo, buscando especificar propiedades importantes para medir y evaluar aspectos, dimensiones o componentes. Puede ofrecer la posibilidad de predicciones, aunque rudimentarias.

Investigación explicativa o de comprobación de hipótesis causales:

Su objetivo es la explicación de los fenómenos y el estudio de sus relaciones para conocer su estructura y los aspectos que intervienen en la dinámica de aquéllos. Son estudios de alto nivel que generan teorías, leyes o enunciados totalmente novedosos. Son de gran complejidad y por lo general sus resultados pasan a ser revisión obligatoria para los profesionales de ese campo. (Sánchez Carlessi & Reyes Mesa, 2016).

NIVELES DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

3er nivel INVESTIGACIÓN EXPLICATIVA

2do nivel INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA

1er nivel INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA

Se escogió estos niveles de investigación porque se va a describir la realidad que pasa en el establecimiento de salud desde que empezó el proyecto hasta la implementación del sistema que tendrá el Ministerio de Salud.

Estos niveles de investigación nos permitirán ver como se estuvo trabajando el acceso de la información pública en el establecimiento y el tiempo anterior de rechazar de las fichas únicas de atención.

2.1.4. Enfoque de la investigación

A continuación, se explicará la definición del enfoque cuantitativo que se realizará:
Enfoque cuantitativo: Representa, un conjunto de procesos, es secuencial y probatorio. Cada etapa procede a la siguiente y no podemos “brincar o eludir” pasos, el orden es riguroso, aunque, desde luego, podemos redefinir alguna frase, Parte de una idea, que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. (Hernández, Fernández, & Baptista)

Se escogió el enfoque cuantitativo para este trabajo porque se está desarrollando en forma consecutiva desde un punto de vista general donde parte desde proceso de acceso a la información al usuario externo hasta la información de la atención del establecimiento de salud.

Lo que se está haciendo es una evaluación a los usuarios concurrentes a un establecimiento de salud en hacerles una encuesta previa aleatoria para saber qué tan conformes o disconformes están con el acceso a la información sobre atenciones, costos.

2.2. Población y muestra

✓ Población

Usuarios concurrentes del Establecimiento de salud.

Establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud.

✓ Muestra (Por Conveniencia)

Variable Dependiente 1:

Población pre: La población pre es la totalidad de los usuarios concurrentes a los establecimientos de salud que son 323 al día (por acceso).

Muestra Pre: La muestra pre se toma una cantidad de 23 usuarios concurrentes de varios establecimientos de salud, para saber opiniones de ellos en cuanto a la información que obtiene vía presencial.

Población post: La población post es la totalidad de los usuarios concurrentes a los establecimientos de salud que son 183 al día (por acceso).

Muestra Post: La muestra post se toma una cantidad de 15 usuarios concurrentes de varios establecimientos de salud, para saber opiniones de ellos en cuanto a la información que obtiene vía presencial.

Variable Dependiente 2:

Población pre: La población pre es la totalidad de Fichas 175 FUAS observadas.

Muestra Pre: La muestra pre se toma una cantidad de 45 fichas FUAS de un establecimiento de salud, donde el personal se demora un tiempo de 20 minutos en el proceso de ingreso de información al sistema entre ipress y sis.

Población post: La población post es la totalidad de Fichas 175 FUAS observadas.

Muestra Post: La muestra post se toma una cantidad de 45 fichas FUAS de un establecimiento de salud, donde el personal se demora en el proceso del ingreso de información al sistema entre ipress y sis.

El proceso de recopilación de datos presenta el siguiente progreso:

Tabla N° 09: Levantamiento de información

LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN DE CARTERA DE ATENCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL - DIRESA/GERESA/DIRIS AL 30/07/2018					
DIRESA/GERESA/DIRIS	TOTAL EE.SS	Nº EE.SS LEVANTARON CARTERA	% EE.SS LEVANTARON CARTERA	Nº EE.SS CERRARON CARTERA	% AVANCE CIERRE CARTERA
AMAZONAS	463	21	4.5	18	3.9
ANCASH	398	148	37.2	63	15.8
APURIMAC	374	92	24.6	2	0.5
AREQUIPA	248	22	8.9	1	0.4
AYACUCHO	378	347	91.8	1	0.3

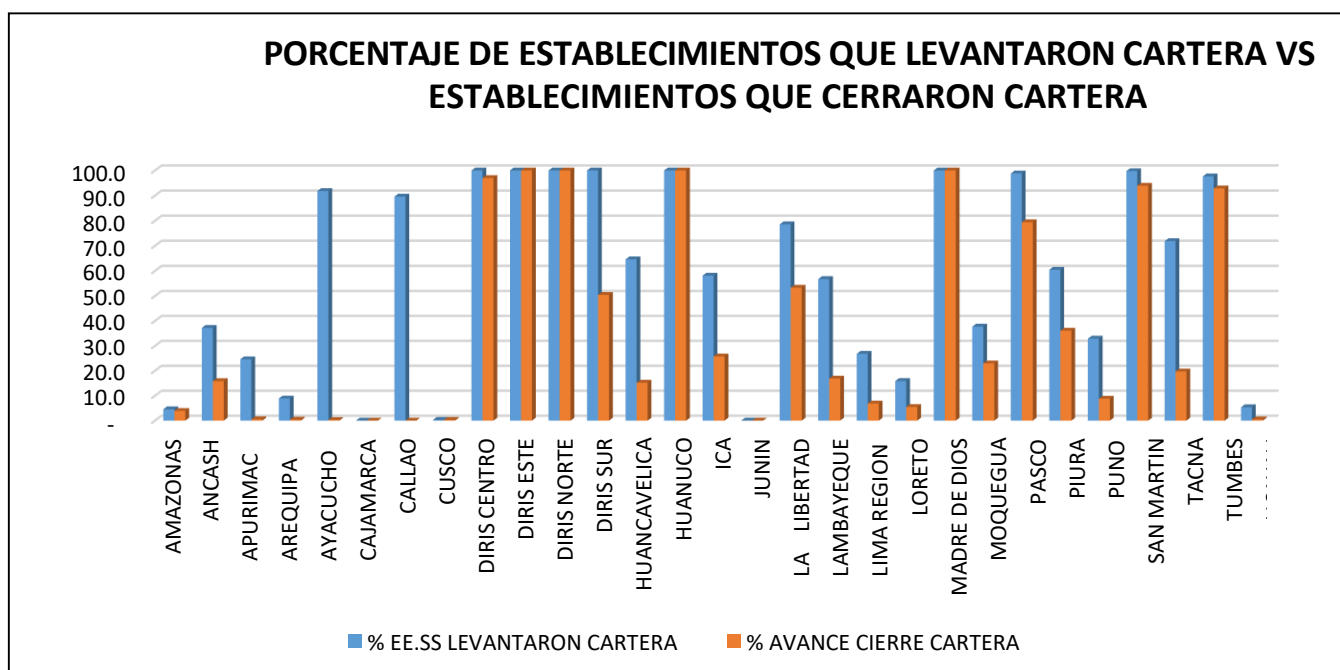
CAJAMARCA	825	0	0.0	0	0.0
CALLAO	48	43	89.6	0	0.0
CUSCO	325	1	0.3	1	0.3
DIRIS CENTRO	66	66	100.0	64	97.0
DIRIS ESTE	73	73	100.0	73	100.0
DIRIS NORTE	98	98	100.0	98	100.0
DIRIS SUR	123	123	100.0	62	50.4
HUANCAVELICA	401	259	64.6	61	15.2
HUANUCO	305	305	100.0	305	100.0
ICA	136	79	58.1	35	25.7
JUNIN	479	0	0.0	0	0.0
LA LIBERTAD	289	227	78.5	154	53.3
LAMBAYEQUE	178	101	56.7	30	16.9
LIMA REGION	321	86	26.8	22	6.9
LORETO	384	61	15.9	21	5.5
MADRE DE DIOS	93	93	100.0	93	100.0
MOQUEGUA	61	23	37.7	14	23.0
PASCO	252	249	98.8	200	79.4
PIURA	402	243	60.4	145	36.1
PUNO	444	146	32.9	39	8.8
SAN MARTIN	360	359	99.7	338	93.9
TACNA	71	51	71.8	14	19.7
TUMBES	42	41	97.6	39	92.9
UCAYALI	205	11	5.4	1	0.5

Fuente: DGAIN/Dipos

2.3. Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos

La técnica y los instrumentos establecidos para la recolección de datos se fundamentan en el enfoque cuantitativo y sistémico, con el objetivo de incorporar en el sistema informático propuesto las carteras de servicios de salud de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Este sistema informático permite, a su vez, monitorear el cumplimiento de dichas carteras y, con ello, la capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

Gráfico N°14: Levantamiento de información



a. Técnicas e instrumentos

✓ Técnicas

La técnica para la recopilación de datos obedece a criterios cuantitativos y cualitativos.

- Criterios cuantitativos: conocer, de manera descriptiva, la capacidad resolutive de los establecimientos de salud a nivel nacional, a través de la identificación de la cantidad de establecimientos a nivel nacional existentes y funcionales, cantidad de carteras de servicios disponibles a nivel nacional en el primer nivel de atención, cantidad de oferta sanitaria disponible para el cumplimiento de

dichas carteras de servicios de salud identificadas, entre otras directrices cuantitativas.

- Criterios cualitativos: conocer, de manera estructural, las posibilidades, a través de un análisis sistémico, de fortalecer el primer nivel de atención desde la perspectiva de la funcionalidad de las carteras de servicios de salud.

Para la recopilación de datos, se ha diseñado un aplicativo informático que ha sido socializado a los responsables de las DIRESAS y a los establecimientos de salud, con el objetivo de ir recopilando, de manera progresiva, las carteras de servicios de salud según lo establecido en la norma técnica de salud referido a las carteras de servicios de salud del primer nivel de atención.

✓ Instrumentos

El instrumento planteado para la recopilación de los datos de la cartera de atención presenta las siguientes características:

Gráfico N° 15

Imagen: Ingreso al Sistema



- **Opciones del sistema:**

Al ingresar al sistema, al lado izquierdo de la pantalla aparece el menú desplegable correspondiente al Sistema de Gestión, el cual está compuesto por: **a.** Procesos, **b.** consultas, **c.** seguridad, **d.** normatividad, **e.** observatorio y **f.** agenda.

Gráfico N° 16

Imagen: Opciones del sistema



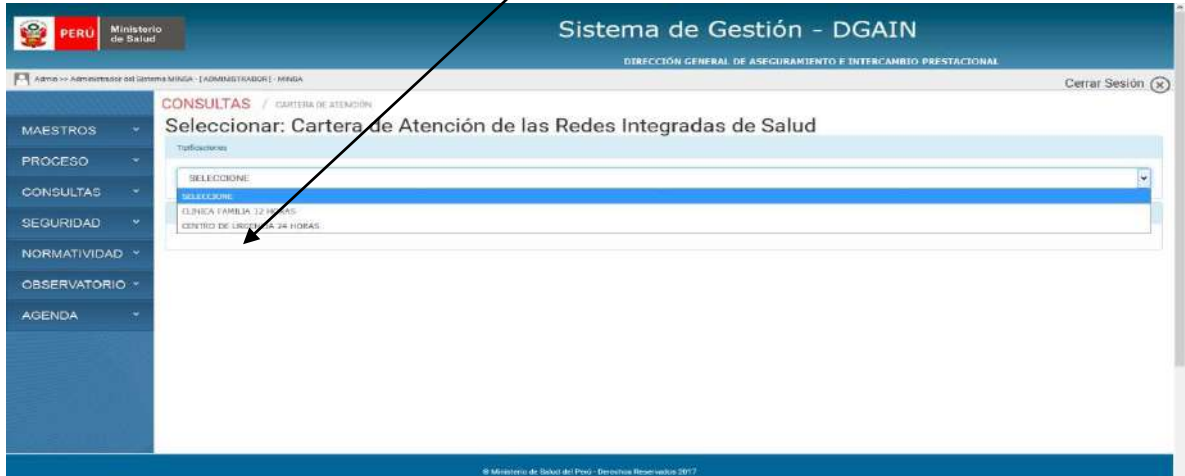
- **Macro procesos**

Al desplegar la pestaña de CONSULTAS se visualizarán las dos opciones que forman parte de la Cartera de Atención de las Redes Integradas de Salud: a. Clínica de Atención 12 y b. Centro Emergencia 24 horas.

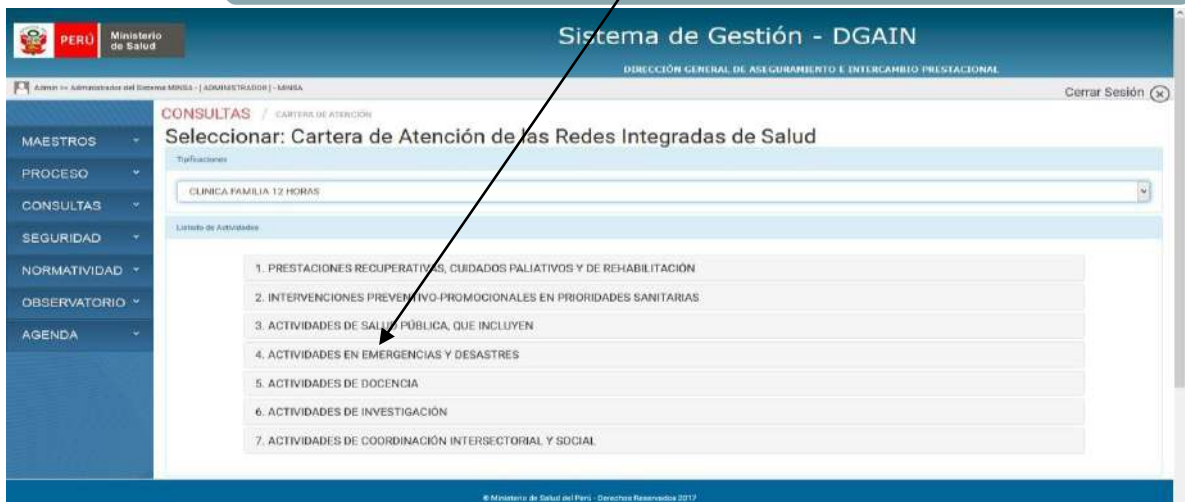
Gráfico N°17

Imagen: Macro Procesos

DESPLEGABLE



DESPLEGABLE DE LOS MACRO PROCESOS A SELECCIONAR



Los Macro procesos contienen sub-procesos, los cuales se visualizan al realizar el despliegue por cada uno de ellos.

Gráfico N°18

Imagen: Desplegar Macro procesos

1. PRESTACIONES RECUPERATIVAS, CUIDADOS PALIATIVOS



1.

2. INTERVENCIONES PREVENTIVO-PROMOCIONALES EN PRIORIDADES SANITARIAS



3. ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA

1. PRESTACIONES RECUPERATIVAS, CUIDADOS PALIATIVOS Y DE REHABILITACIÓN

2. INTERVENCIONES PREVENTIVO-PROMOCIONALES EN PRIORIDADES SANITARIAS

3. ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA, QUE INCLUYEN

- 3.1 INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD
- 3.2 PROMOCIÓN EN SALUD Y PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA SALUD
- 3.3 ACTIVIDADES DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA
- 3.4 ACTIVIDADES DE SALUD AMBIENTAL E INSEGURIDAD ALIMENTARIA
- 3.5 ACTIVIDADES SOBRE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, PRODUCTOS SANITARIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

4. ACTIVIDADES EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

5. ACTIVIDADES DE DOCENCIA

6. ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

7. ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL Y SOCIAL

© Ministerio de Salud del Perú - Derechos Reservados 2017

4. ACTIVIDADES EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

5 y 6. ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

7. ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL Y SOCIAL

OBSERVATORIO

AGENDA

2. INTERVENCIONES PREVENTIVO-PROMOCIONALES EN PRIORIDADES SANITARIAS

3. ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA, QUE INCLUYEN

- 3.1 INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD
- 3.2 PROMOCIÓN EN SALUD Y PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA SALUD
- 3.3 ACTIVIDADES DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA
- 3.4 ACTIVIDADES DE SALUD AMBIENTAL E INSEGURIDAD ALIMENTARIA
- 3.5 ACTIVIDADES SOBRE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, PRODUCTOS SANITARIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

4. ACTIVIDADES EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

5. ACTIVIDADES DE DOCENCIA

6. ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

7. ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL Y SOCIAL

© Ministerio de Salud del Perú - Derechos Reservados 2017

- **Visualización de la cartera de atención**

Este ítem contiene la cartera de atención por etapa de vida asociado a las atenciones en los dos niveles: Clínica Familia 12 horas y Centro de Urgencia 24 horas. Para visualizar la cartera de atención se debe ingresar a los sub-procesos desplegados de los macro-procesos.

Gráfico N°19: Imagen: Cartera de servicios

ATENCIÓNES DE SALUD	CURSOS DE VIDA									
	1. NIJON/NA - NEONATO (0 HASTA 28 DÍAS)	2. MENOR A 1 AÑO DE EDAD	3. ENTRE 01 AÑO 01 AÑOS	4. ENTRE 05-11 AÑOS	5. ADOLESCENTE ENTRE 12-17 AÑOS	6. JÓVEN ENTRE 18-29 AÑOS	7. ADULTO ENTRE 30-59 AÑOS	8. ADULTO MAYOR DE LOS 60 AÑOS A MÁS	9. CESTANTE	A. COMUNIDAD
Recuperativas										
Atención de daños	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Atención Estomatológica recuperativa			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Atención de Urgencias y Emergencias	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Atención del parto									✓	✓
Atención médica especializada		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Otras atenciones según perfil y competencia profesional	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

La asociación del ítem de cartera de atención se integra con al código de procedimiento médicos sanitario.

CURSO VIDA	PRESTACIÓN	RECUPERACIÓN		VER
		PROCEDIMIENTOS		
1. Niño/Na - Neonato (0 Hasta 28 Días)	Atención de daños	Diagnóstico precoz de patologías congénitas		Ver CPT
		Evaluación y manejo de daños identificados		Ver CPT

2.4. Validez y confiabilidad de instrumentos

Mediante la implementación de procesos de sistematización de la cartera se mejora la homologación de los catálogos estándares de información para tener integrado el proceso interno y externo de los usuarios de los establecimientos de salud.

La confiabilidad del instrumento se mide a través de la consistencia y coherencia de los resultados obtenidos. En este caso, se aplica una medición de estabilidad (aplicación del mismo instrumento a un tipo de población homogénea) y una medición de consistencia interna (administración de un solo tipo de instrumento conteniendo los ítems necesarios para recopilar información a través de variables e indicadores estándar), este instrumento se vincula a sus catálogos amparados en la resolución ministerial Resolución Ministerial N° 1069-2017-MINSA del 04 de diciembre de 2017, cuyo caso se reglamentó con este documento técnico que aprueba la Directiva Administrativa N° 242-MINSA/2017/DGAIN "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Atención de Salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención" y en la aprobación del Documento Técnico: "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud.

En el aspecto técnico de desarrollo de la herramienta informática se tomó en cuenta la Norma Técnica Peruana “NTP ISO/IEC 27001:2014 Tecnología de la Información. Técnicas de Seguridad. Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información. Requisitos. 2ª Edición”, en todas las entidades integrantes del Sistema Nacional de Informática

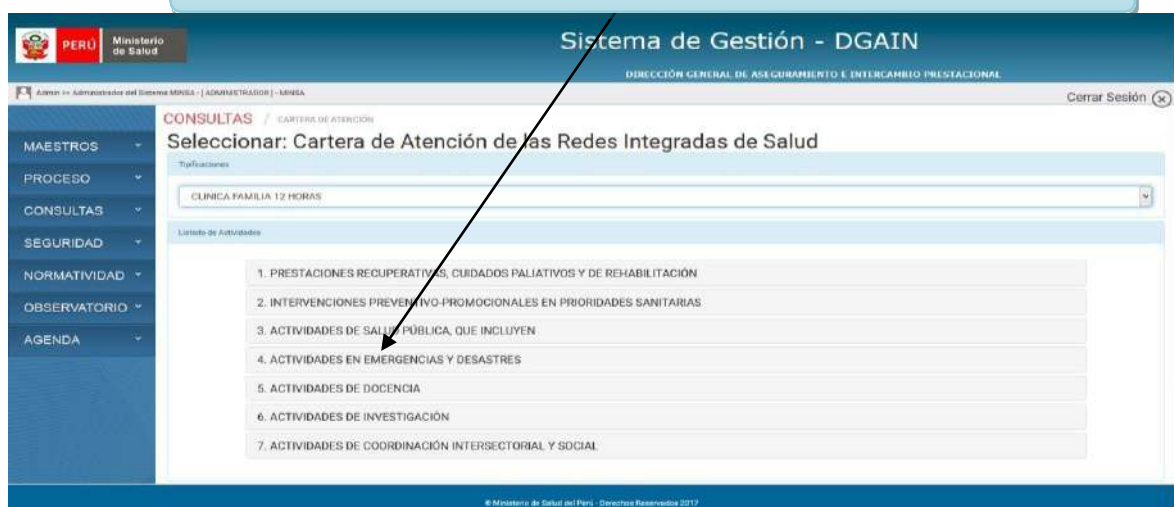
La validez del instrumento se mide a través del contenido que busca medir (validez de contenido), de los criterios estandarizados (validez de criterio) y del modelo teórico-empírico que la investigación establece como pertinente para recopilar información (validez de constructo).

La validez tiene que ver con la consistencia interna de la propuesta instrumental de la investigación, es decir, que el instrumento posea características respecto a la pertinencia con el tema y la delimitación del problema planteado en la investigación,

así como a la necesidad de establecer procesos estandarizados (Códigos de Procedimientos Médicos y Sanitarios) que permita darle un tratamiento homogéneo al proceso mismo de recopilación de datos en el cual vemos en el (figura N°17,19) de los macro procesos y los microprocesos donde se vinculan las prestaciones y a su vez las etapas y ciclos de vida para generar y adjuntar los procedimientos médicos sanitarios (CMPS) asociadas al proceso estándar.

Consulta de Macroprocesos

DESPLEGABLE DE LOS MACRO PROCESOS A SELECCIONAR



Fuente: Propia

DESPLEGABLE DE LOS MICRO PROCESOS Y PRESTACIONES



Fuente: Propia

Grafico N°20: Catálogos de Procedimientos Médicos Sanitarios

DESPLEGABLE DE LOS CPMS ASOCIADO A LA DESCRIPCION

The screenshot displays a web interface for 'ATENCIÓN DE DAÑOS'. The main table lists interventions with columns for 'CERDO VISA', 'PRESTACIÓN', 'PROCEDIMIENTOS', and 'VER'. A dropdown menu is open, showing a list of procedures with checkmarks in various columns. An arrow points from the text above to the dropdown menu.

CERDO VISA	PRESTACIÓN	PROCEDIMIENTOS	VER
1. Niño/Niña - Menor de 12 Meses 28 Días	Atención de daños	Diagnóstico precoz de patologías congénitas	Ver CPMS
		Evaluación y manejo de daños identificados	Ver CPMS

PROCEDIMIENTO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Atención de Urgencias y Emergencias		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Atención del parto									✓
Atención médica especializada		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Otras atenciones según perfil y competencia profesional	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Fuente: Propia

En el mes de noviembre del 2017, se generó usuarios para diferentes Direcciones de salud del País para su ingreso y su simulación:

Ejemplo de Credenciales de acceso del llenado de la Cartera de Atención

CREDENCIALES RIS TUMBES		CARTERA DE ATENCIÓN 2017	
ORDEN	CODIGO RENIPRES	USUARIO	CLAVE
1	1903	tumbes01	123
2	1885	tumbes02	123
3	1884	tumbes03	123
4	1905	tumbes04	123
5	1904	tumbes05	123
6	1876	tumbes06	123
7	1902	tumbes07	123
8	1897	tumbes08	123
9	1907	tumbes09	123
10	1873	tumbes10	123
11	1880	tumbes11	123
12	1866	tumbes12	123
13	1877	tumbes13	123
14	1886	tumbes14	123
15	1878	tumbes15	123
16	1894	tumbes16	123
17	1881	tumbes17	123
18	23014	tumbes18	123
19	1901	tumbes19	123
20	1899	tumbes20	123
21	1869	tumbes21	123

Elaboración: Dgain

Mediante la implementación de procesos de sistematización de la cartera se mejorará la homologación de los catálogos estándares de información para tener integrado el proceso interno y externo de los usuarios de los establecimientos de salud.

Gráfico N°21: Catálogos de Cartera por etapa de vida y prestación



Elaboración: Dgain

2.5. Procesamiento y análisis de datos

Tabla N° 10: Matriz de Análisis de datos

Variable	Indicador	Escala de medición	Estadísticos descriptivos	Análisis inferencial
Satisfacción del usuario al acceso de información de la cartera de atención estándar	Encuestas	Escala Ordinal	Dispersión (varianza, desviación estándar)	Chi Cuadrado
Procesos de Sistematización	N° de FUA(SIS) de consulta externa Observadas / total de pacientes consulta externa	Escala Ordinal	Tendencia Central (media aritmética, mediana y moda)	Chi cuadrado

Fuente propia, Fuentes de Información: Sistema HIS-Boletines, Sistema Siasis, 2017-2016

2.5.1. Descripción de resultados

✓ Primera Hipótesis

Mediante la implementación de un proceso estándar transversal de codificación se mejora la satisfacción del usuario en los establecimientos de salud el primer nivel de atención.

Al saber que había gente desinformada que también cruzaba la pista para ver la oferta del otro establecimiento privado con otra oferta de servicios y diferentes precios y catálogos de costos, se confundían porque no había información estándar ni precios similares para cada prestación solicitada.

El cual causaba confusión de pérdida de tiempo un excesivo gasto de bolsillo para gente de bajo recursos económicos.

Es por ello que en primera instancia el Ministerio de Salud una resolución Ministerial en el cual estandariza la cartera estándar de Atención en Salud y se genera una solución a nivel de software aplicativo para poder mejorar el proceso tanto para el usuario externo como para las propias Ipress.

Aplicación de la teoría

Para esta primera hipótesis estuve aplicando la Metodología RUP ya que se estaba aplicando para la satisfacción de los usuarios que tenían con respecto al nivel de desinformación de acceso a una cartera de atención en un establecimiento de salud.

A continuación, cito un poco de la teoría mencionada en líneas más arriba:

A.U.S. Gustavo Torossi (2016) habla de la metodología RUP esto:

Fase de Inicio

Durante la fase de inicio se desarrolla una descripción del producto final, y se presenta el análisis del negocio. Esta fase responde las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las principales funciones del sistema para los usuarios más importantes?

¿Cómo podría ser la mejor arquitectura del sistema?

¿Podríamos integrar alguna otra metodología complementaria ágil?

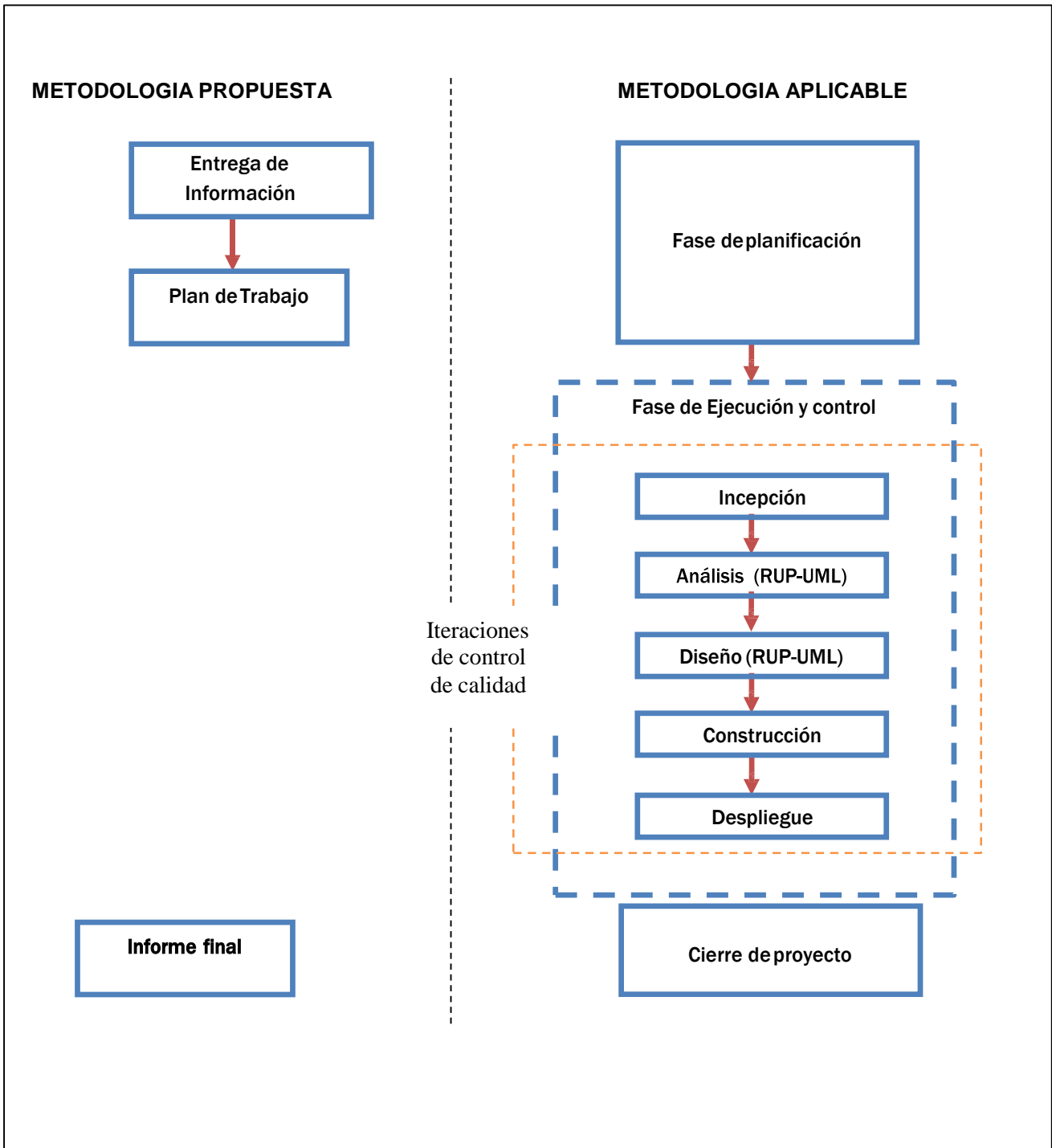
En esta fase se identifican los riesgos más importantes.

El objetivo de esta fase es ayudar al equipo a decidir cuáles son los verdaderos fines del proyecto. Las interacciones exploran diferentes soluciones posibles, y diferentes arquitecturas de desarrollo.

Depende de todo trabajo físico realizado en esta fase sea descartado.

Lo único que normalmente sobrevive la fase de inicio es el incremento del conocimiento en el equipo.

Figura: N°01: Alineamiento Metodológico



Fuente: Libro Metodología SDP (Software Development Process)

En este momento se identificó que el Sistema estaba ayudando al personal de la oficina de comunicaciones y al personal de la oficina de planeamiento estratégico específicamente al área de costos.

EL buen resultado se día con el personal del área de comunicaciones que identificaron que el paciente entendía mejor y de una forma más ordenada la información vía página web, como se llegó a manejar en diferentes establecimientos de salud.

✓ Segunda Hipótesis

Mediante la implementación de procesos de sistematización de la cartera se reduce el tiempo auditable de la ficha única de atención para el reembolso a las IPRESS por las prestaciones brindadas a los asegurados de la IAFAS SIS.

Figura N°02: Sistema SIASIS



Fuente: Seguro Integral de Salud

Los empleados del Área de Seguros de la Unidad Ejecutora de esa Red de Salud, me relato que el proceso de reembolso podía demorar de 3 a 6 meses por el tema de estos rechazos en el proceso de auditoría y de valorización por parte del seguro integral de salud.

Por otro lado, este problema retrasaba el trabajo de diferentes áreas del establecimiento que tenía que ver con temas financieros y el buen funcionamiento del mismo.

Tabla N°11: Tiempo de demora de revisión de FUA (Ficha única de Admisión)

N° orden FUA Consulta Externa	Tiempo de revisión (minutos)
1	19
2	18
3	20
4	20
5	18
6	20
7	20
8	18
9	19
10	20
11	18
12	19
13	20
14	17
15	18
16	19
17	19
18	20
19	20
20	18
21	19
22	20
23	17
24	19
25	20
26	20
27	20
28	18
29	20
30	19
31	20
32	17
33	20
34	20

35	20
36	19
37	19
38	20
39	18
40	20
41	19
42	20
43	19
44	20
45	20

Fuente: propia

Como se ve en la tabla de arriba (Ver tabla 1), el personal auditor se demora entre 17 a 20 minutos, lo cual resulta difícil que auditen ficha de todos los establecimientos de una red de salud en este primer momento donde se rechazan gran cantidad de fichas por el tema de estándares de datos tanto a nivel de código procedimiento médicos como de otra índole.

Aplicación de la Teoría

Para esta segunda hipótesis aplique nuevamente la metodología RUP ya que para obtener información oportuna de la cartera de atención, se debe tener un sistema de información que estandarice el proceso.

A continuación, cito un poco de la teoría mencionada en líneas más arriba:

Gustavo Torossi (2016) habla de la Metodología RUP lo siguiente:

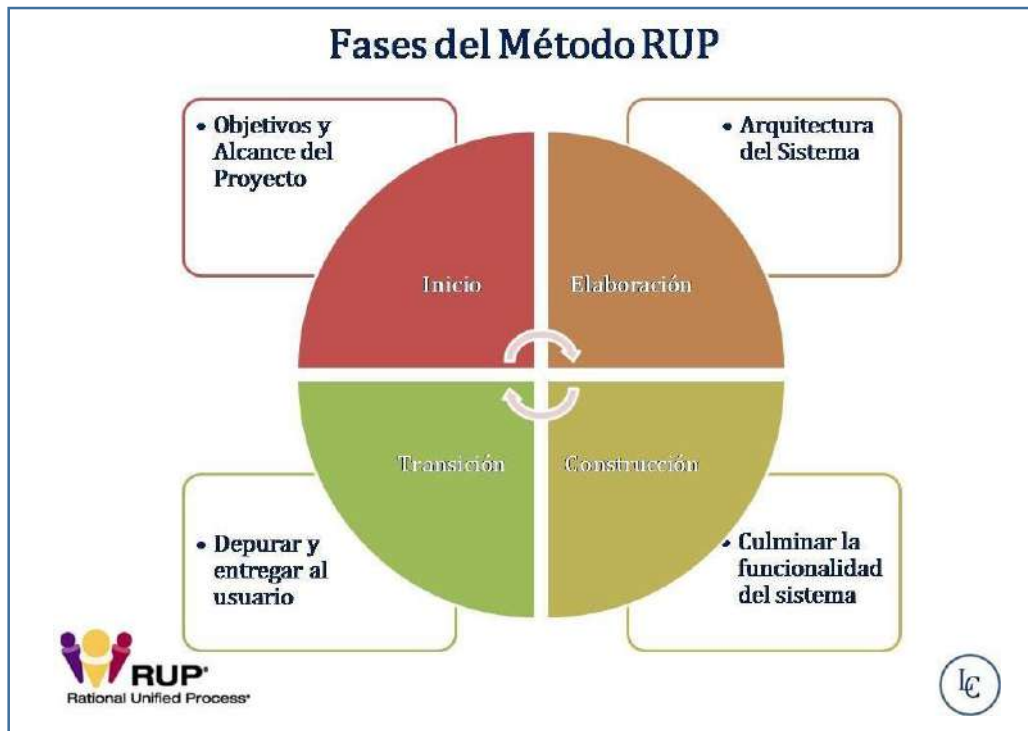
El ciclo de vida RUP es una implementación de desarrollo en espiral.
 Fue creado ensamblando los elementos en secuencias semi-ordenadas.
 El ciclo de vida organiza las tareas en fases e iteraciones.

RUP divide el proceso en cuatro fases, dentro de las cuales se realizan pocas pero grandes y formales iteraciones en número variable según el proyecto.

Las primeras iteraciones (e las fases de inicio y elaboración) se enfocan hacia la comprensión del problema y la tecnología, la delimitación del ámbito del proyecto, la eliminación de los riesgos críticos, y al establecimiento de una línea base de la arquitectura.

Durante la fase de inicio las iteraciones hacen mayor énfasis en actividades de modelado del negocio y de requisitos.

Figura: N°03 Fases de la metodología RUP



Fuente: Modelo RUP IBM

Simulación Post test (después)

Después de haber implementado el sistema (V. BETA) para aplicar simulación de pruebas unitarias, se comparó los códigos de procedimientos de la cartera de atención con las fichas únicas de admisión (FUA) para verificar si había grado de mejora.

Al realizar la búsqueda, se estimó un tiempo considerable para poder auditarla con la nueva codificación de la cartera estándar, después de ingresar la data al sistema en mención se genera los reportes con menos rechazos en su primera etapa y para fines de auditoria se mejoró el tiempo de revisión de los FUAS de consulta externa.

Tabla N°12: Tiempo de demora post-test de FUA (Ficha única de Admisión)

N° orden FUA Consulta Externa	Tiempo de revisión (minutos)
1	15
2	16
3	18
4	14
5	14
6	16
7	18
8	16
9	19
10	18
11	16
12	17
13	18
14	16
15	15
16	18
17	17
18	18
19	19
20	16
21	17
22	17
23	17
24	19
25	18
26	18
27	16
28	18
29	17
30	15

31	16
32	17
33	16
34	17
35	18
36	18
37	19
38	18
39	18
40	17
41	16
42	18
43	18
44	17
45	17

Fuente: propia

En la tabla que se muestra, nos indica una comparación de cuánto tiempo se demoraba después de la simulación del sistema de cartera de atención asociado los procedimientos estándares.

Al ver la mejora al acceso de información de una cartera de atención al usuario el establecimiento de salud optimizo tiempos tanto para el personal de comunicaciones como para las personas de costos y seguros, el cual se comenzó con la implementación a nivel nacional de los establecimientos del primer nivel.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados Descriptivos

Para el procedimiento de datos estadísticos del presente trabajo de investigación se utilizó el Programa de IBM SPSS Statistics versión 22.

✓ Primera Hipótesis

Para esta primera hipótesis no se podrá realizar prueba de normalidad, ya que la información obtenida es nominal, a través de una encuesta de satisfacción de usuarios.

Prueba de Normalidad Pres test

Los resultados han sido obtenidos mediante una encuesta a 23 usuarios de establecimientos de salud que estaban en los exteriores de la institución viendo los servicios que ofertaba la entidad.

Tabla N°13: Resultados de la encuesta pre test

	Satisfechos	No satisfechos	Total
Usuarios	4	19	23
Potenciales	17%	83%	100%

Fuente: propia

Este cuadro nos da a conocer la realidad de los usuarios ante el no acceso a información sobre cartera de atención o servicios que brinda un establecimiento de salud, antes de la implementación del sistema de gestión.

Prueba de Normalidad Post Test

Los resultados han sido obtenidos mediante una encuesta de 15 usuarios de establecimientos de salud, del frontis del mismo.

Tabla N°14: Resultado de la encuesta Post Test

	Satisfechos	No satisfechos	Total
Usuarios	9	6	15
Potenciales	60%	40%	100%

Fuente: propia

A continuación, se presenta la tabla N°14 en el cual se explica que después de la implementación se generó una mejora en el acceso a la información de los usuarios externos de los establecimientos de salud

El cambio no fue radical, pero si significativo para todos los usuarios que veían confuso la información que presentaba los establecimientos de salud, y con el estándar se mejoró tanto a nivel interno como externo.

- Contrastación de Hipótesis – Análisis inferencial

Hipótesis Especifica 01: Se automatiza el proceso de cartera de atención estándar en los establecimientos de salud, entonces se mejorará el acceso de información del usuario.

Validez de la Hipótesis Especifica.

H₀: Si se automatiza el proceso de cartera estándar, entonces NO se mejorará la satisfacción de los usuarios internos y externos.

H₁: Si se automatiza el proceso de cartera estándar, entonces se mejorará la satisfacción de los usuarios internos y externos.

Nivel de Significancia.

$\alpha = 0.05$ (5% Nivel de significancia) (95% Nivel de Confianza)

Decisión.

- Si $P - \text{valor} \geq \alpha$ entonces se acepta la hipótesis nula H₀

Por lo tanto, se aplica la prueba de hipótesis, Chi Cuadrado para las muestras Pre-Test y Post – Test de la variable dependiente.

A continuación, se presenta el resumen de procesamiento de casos para el contraste de hipótesis. (Ver figura N° 04)

Figura N°04: Resumen de procesamiento de casos

	Resumen de procesamiento de casos					
	Casos					
	Válido		Pérdido		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
ClientePrePOs * ClienteCondic.	38	100%	0	0.0%	38	100.0%

Fuente: IBM SPSS v.22

EN esta figura N° 09 se presenta el análisis descriptivo en tablas cruzadas del resumen pre test y post test de la variable dependiente clientes (usuarios) utilizando el programa IBM SPSS (Ver figura 05)

Figura N°05: Estadísticos de prueba chi cuadrado

Tabla cruzada ClientePrePOs*ClienteCondic				
Recuento		ClienteCondic		
		Satisfecho	No Satisfecho	Total
ClientePrePOs	Pre	4	19	23
	Post	9	6	15
Total		13	25	38

Fuente IBM SPSS v.22

En la figura N° 06 presentamos los estadísticos de la prueba chi cuadrado tercera variable dependiente de muestras cualitativas.

Figura N°06: Pruebas Chi cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.323 ^a	1	.007		
Corrección de Continuidad ^b	5.553	1	.018		
Razón de verosimilitud	7.380	1	.007		
Prueba exacta de Fisher				.013	.009
Asociación lineal por lineal	7.131	1	.008		
N de casos válidos	38				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado el recuento menor a 5. El recuento mínimo esperado es 5.13.
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: IBM SPSS v.22

Según la prueba de Hipótesis Chi Cuadrado podemos identificar esto:

$$P - \text{Valor} = 0,007 < \alpha = 0,05$$

Conclusión:

Dado que el valor de p-valor no supera el valor de significancia, ($p - \text{valor} = 0,007 < \alpha = 0,05$), entonces se acepta la hipótesis alterna (H_1), por tal razón:

H_1 : Si se automatiza el proceso de estandarización de la cartera de atención, entonces se mejorará el acceso de información estándar en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de salud tanto para el usuario externo como para el usuario interno.

✓ Segunda Hipótesis

3.2. Prueba de normalidad

Hipótesis de Normalidad

H₀: Los datos de la Muestra de la Variable Dependiente, “Información Oportuna” Si son normales

H₁: Los datos de la Muestra de la Variable Dependiente, “Información Oportuna” No son normales.

$\alpha = 0.05$ (5% Nivel de significancia) (95% Nivel de Confianza)

Criterio para determinar la normalidad:

Si el Sig o P-valor de la muestra es $\geq \alpha$, entonces acepta la hipótesis nula, H₀ = los datos provienen de una distribución normal – paramétrica.

Si el Sig o P-Valor de la muestra es $< \alpha$, entonces se acepta la hipótesis alterna, H₁ = Los datos proviene de una distribución normal.

Prueba de normalidad Pre test de la Segunda Variable Dependiente

A continuación, se detalla la muestra Pre-Test utilizada en la investigación para el tiempo de demora por consulta. (Ver tabla N°10)

Tabla N°10

Tiempo de demora de revisión de FUA (Ficha única de Admisión)

N° orden FUA Consulta Externa	Tiempo de revisión (minutos)
1	19
2	18
3	20
4	20
5	18
6	20
7	20
8	18
9	19
10	20
11	18
12	19
13	20
14	17
15	18
16	19
17	19
18	20
19	20
20	18
21	19
22	20
23	17
24	19
25	20
26	20
27	20
28	18
29	20
30	19
31	20
32	17
33	20
34	20
35	20
37	19
38	20
39	18
40	20
41	19
42	20
43	19
44	20
45	20

Fuente: propia

Seguidamente, se presenta el resumen de procesamiento de casos de la prueba Pre-Test del programa IBM SPSS v.22 (Ver Figura N°07)

Figura N°07: Res. de Proces. de casos de la variable: Información Oportuna Pre-test

Resumen de procesamiento de casos							
Datos	N	Válido		Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
TiempoAtencionPRE	Pre	45	100%	0	0.0%	45	100.0%

Fuente: IBM SPSS v.22 / propia

Seguidamente, se presenta el Análisis descriptivo de la prueba Pre-Test del programa IBM SPSS v.22 (Ver Figura N°08)

Figura N°08: Análisis descriptivo de la Variable: información Oportuna pre-test

Descriptivos					
Datos				Estadístico	Error estándar
TiempoAtencionPRE	Pre	Media		19.27	.125
		95% de intervalo de confianza para la media	Limite inferior	19.02	
			Limite superior	19.52	
		Media recortada al 5%		19.30	
		Mediana		20.00	
		Varianza		.700	
		Desviación estándar		.830	
		Mínimo		18	
		Máximo		20	
		Rango		2	
		Rango intercuartil		2	
		Asimetría		-.548	.354
		Curtosis		-1.354	.695

Fuente: Programa IBM SPSS v.22/ propia

Seguidamente, se presenta la prueba de normalidad Pre-test (Ver figura N°09)

Figura N°09: Prueba de normalidad variable información Oportuna Pre-test

Pruebas de normalidad							
		Koimogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Datos	Estadístico	gl	Sig	Estadístico	gl	Sig	
TiempoAtencionPRE	Pre	.321	45	.000	.743	45	.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Programa IBM SPSS v.22 / propia

Se identificó con los resultados obtenidos lo siguiente:

La muestra es pequeña ($n < 50$), entonces la prueba de normalidad es de Shapiro-Wilk.

La Sig o P-valor es 0,000 el cual es menor a 0,05 (5.0%), entonces se acepta la hipótesis alterna (H_1), por lo tanto, las distribuciones de los datos No son normales.

Prueba de Normalidad Post Test de la Segunda variable dependiente.

A continuación, se detalla la muestra Post-test utilizada para medir el tiempo de demora por FUA auditado. (Ver Tabla N°11)

Tabla N°11

Tiempo de demora post-test de FUA (Ficha única de Admisión)

N° orden FUA Consulta Externa	Tiempo de revisión (minutos)
1	15
2	16
3	18
4	14
5	14
6	16
7	18
8	16
9	19

10	18
11	16
12	17
13	18
14	16
15	15
16	18
17	17
18	18
19	19
20	16
21	17
22	17
23	17
24	19
25	18
26	18
27	16
28	18
29	17
30	15
31	16
32	17
33	16
34	17
35	18
36	18
37	19
38	18
39	18
40	17
41	16
42	18
43	18
44	17
45	17

Fuente: propia

Seguidamente se presenta el resumen del procesamiento de casos de la prueba post-test del programa IBM SPSS v.22 (Ver figura N°10)

Figura N°10: Res. de Proceso de casos de la variable: Información Oportuna Post-test

Resumen de procesamiento de casos							
Datos	Casos				Total		
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	
TiempoAtencionPOST	45	100%	0	0.0%	45	100.0%	

Fuente: IBM SPSS v.22 / propia

Seguidamente, se presenta el Análisis Descriptivo de la prueba post-test del Programa IBM SPSS v.22. (Ver figura N°11)

Figura N°11: Análisis descriptivo de la Variable: información Oportuna post-test

Descriptivos					
Datos				Estadístico	Error estándar
TiempoAtencionPOST	Pre	Media		17.51	.167
		95% de intervalo de confianza para la media	Limite inferior	17.16	
			Limite superior	17.75	
		Media recortada al 5%		17.41	
		Mediana		18.00	
		Varianza		1.251	
		Desviación estándar		1.119	
		Mínimo		16	
		Máximo		19	
		Rango		3	
		Rango intercuartil		2	
		Asimetría		-0.29	.354
		Curtosis		-1.352	.695

Fuente: Programa IBM SPSS v.22/ propia

Seguidamente se presenta la prueba de normalidad post-test. (Ver figura N°12)

Figura N°12: Prueba de normalidad de la variable: Información Oportuna Post-test

Pruebas de normalidad							
Datos	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			Sig
	Estadístico	gl	Sig	Estadístico	gl	Sig	
TiempoAtencionPOST	Pre	.180	45	.001	.859	45	.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: IBM SPSS v.22 / propia

Sobre los resultados obtenidos, se establece lo siguiente:

La muestra es pequeña ($n < 50$), entonces la prueba de normalidad es de Shapiro-Wilk. La Sig o P-valor es 0,000 el cual es menor que 0,05 (5.0%), entonces se acepta la hipótesis alterna (H_1), por lo tanto, las distribuciones de los datos NO son normales.

3.3. Contrastación de hipótesis

Hipótesis Especifica 02: Si se implementa un sistema de gestión de cartera de atención en salud, entonces se obtendrá información oportuna para el usuario interno y externo.

Validez de la Hipótesis Especifica

H_0 : Si se implementa un sistema de gestión de la cartera de atención en salud, entonces NO se obtendrá información oportuna.

H_1 : Si se implementa un sistema de gestión de la cartera de atención en salud, entonces se obtendrá información oportuna.

Nivel de significancia

$\alpha = 0,05$ (5% de nivel de significancia) (95% nivel de confianza)

Decisión

- Si $p\text{-valor} \geq \alpha$ entonces se acepta la hipótesis nula (H_0)
- Si $p\text{-valor} < \alpha$ entonces se acepta la hipótesis alterna (H_1)

Seguidamente el resultado obtenido de normalidad se cumple que:

Son variables cuantitativas

- La distribución NO es normal para la muestra pre test
- La distribución NO es normal para la muestra post test
- Los grupos de muestra son independientes.

Entonces, se aplica la prueba de hipótesis: U. de Mann-Whitney.

Seguidamente se presenta rangos de hipótesis U de Mann-Whitney (Ver figura 13)

Figura N°13: Prueba de U de Mann-Whitney – rangos de la variable: información oportuna pre y Post

Prueba de Mann-Whitney				
Rangos				
	Datos	N	Rango Promedio	Suma de rangos
TiempoDURACION	Pre	45	62.50	2812.50
	Pos	45	28.50	1282.50
	Total	90		

Fuente: IBM SPSS v.22 / propia

En la prueba de hipótesis de U. de Mann – Whitney se establece lo siguiente:

Decisión Estadística:

Sig o P-valor= 0,000 < α = 0,05

Conclusión:

Tenemos que el valor de p-valor no supera el valor de significancia, ($p\text{-valor } 0,000 < \alpha = 0,05$), entonces se acepta la hipótesis (H_1) por lo tanto:

H_1 : Si se implementa un sistema de gestión de la cartera de atención en salud, entonces se obtendrá información oportuna para los usuarios externos e internos.

Resultado de Hipótesis General

Si se automatiza el proceso de cartera, entonces se mejora la satisfacción de los usuarios internos y externos, el cual permite con el proceso de estandarización tener una mejor distribución de información de todo el sistema prestacional y administrativo de un establecimiento del primer nivel de atención. (Ver tabla de resultado de Hipótesis general desagregada)

Hipótesis Especifica	Variable Independiente	Variable Dependiente	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
Si se automatiza el proceso estandarización de la cartera de atención se mejora la satisfacción de los usuarios.	Proceso de Estandarización	Satisfacción de los usuarios externos	17%	60%	43%
Si se implementa un adecuado sistema de gestión, entonces se obtendrá información oportuna	Software aplicativo	Información Oportuna	19.1 Minutos	17.2 minutos	1.9 minutos

IV. DISCUSIÓN

En los últimos años las instituciones públicas nacionales han incorporado con mayor frecuencia y énfasis el uso de la tecnología de la información y la comunicación (en adelante TIC) en el desarrollo de sus actividades gubernamentales, con el fin de optimizar y transparentar procesos, mejorar los servicios públicos y la calidad de la información disponible a la que pueden acceder los ciudadanos en ese marco la falta de acceso a la información y la estandarización en el **SECTOR SALUD** es un problema de fondo que día a día se hace más común en nuestra población, y que aqueja a muchas personas alrededor de todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención del país, que conjuntamente con los efectos que esta trae sobre nuestro sistema de salud de país, que para estos es un factor muy importante que hay q tener en cuenta a la hora de registrar interna y externamente información que difiere mucho entre los establecimientos de salud.

Durante la recolección de los datos usados en el presente trabajo encontré que: en los que concierne a la satisfacción del usuario, tenemos un total de 38 muestras de los cuales el valor de la significancia es de 43% de satisfacción del usuario y en el post test observamos una mejora leve en la satisfacción del usuario en lo que respecta al acceso de información de la cartera estandarizada en los establecimientos A y B, con los cual rechazo la hipótesis H_0 nula y valoro la h_1 . Con esto puedo concluir que una implementación y estandarización de la cartera de atención a nivel nacional genera información importante y entendible para la población y no genera gasto de bolsillo adicional.

V. CONCLUSIONES

Al término de esta investigación, se analizó los resultados en el marco de la hipótesis; así como el análisis de las variables dependientes para generar conocimiento en lo siguiente:

1. El proceso de automatización comenzó con el desarrollo de la herramienta a finales del 2017, pasando por pruebas los meses de enero a febrero del 2018 y llegándose a implementar en marzo del 2018 en las Direcciones de las Redes Integradas de Lima Metropolitana (DIRIS) y Direcciones de Salud de 22 Regiones del país (DIRESA), haciéndose un cierre sistemático el Agosto del 2018, esto mejoro en un 21% la satisfacción del usuario interno dado que sus procesos manuales ahora se generaban con catálogos integrados y automáticos con respecto al resultado del pre test, en relación al acceso de la información del usuario externo se mejoró en la distribución e impresión de material para socializar la cartera de los establecimientos de salud y se generaron estrategias tanto a nivel virtual como presencial para un acceso a la información del usuario interno y externo, generó en sus expectativas un mejor entendimiento de los servicios que prestan los establecimientos del primer nivel de atención, dado que este históricamente lo establecimientos de menor categoría tiene una población ausente por la falta de resultados de información básica.
2. La implementación del sistema de gestión de la cartera de atención de salud en una herramienta positiva en los procesos de varias oficinas de las Ipress ha reducido el tiempo de auditoria de las FUAS en 1.9 minutos con respecto al pre test de las oficinas de seguros y también reordeno la manera de generar información con el usuario externo con una visualización estándar en las ipress donde se estandarizo la cartera de atención.

VI. RECOMENDACIONES

Sobre los resultados y conclusiones del presente trabajo de investigación, se estima conveniente hacer los siguientes alcances y recomendaciones:

1. La normalización de los datos en repositorios no relacionales de vital importancia para su posterior explotación y manejo.
2. La interoperabilidad entre distintas bases de datos y distintas plataformas es de carácter importante para un mejor manejo de la información y los recursos.
3. La migración de la data a una base de datos relacional es necesario para implementar las nuevas tecnologías de información y aplicaciones de software como los aplicativos móviles, aplicativos de internet, analítica profunda de datos, evolución de los sistemas a la nube y tecnología de información escalable.
4. Para gestionar el sistema de Cartera de Atención se tiene en cuenta posterior o para todas las ipress que faltan tener la información no relacional que será clasificada y separa según importancia y complejidad de normalización, se realizarán reuniones técnicas para definir si toda la información es de relevancia baja, media o alta con la finalidad de establecer cuál de toda la información es sensible y susceptible a los cambios.
5. En el tema de la administración del sistema de gestión, se tiene un módulo el cual está vigente 12 horas al día para las consultas o las nuevas credenciales se generen para alguna ipress nueva o que falte ingresar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CLAD, C. L. (2016). *Carta Iberoamericana de Gobierno Abierto*. XVII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado Bogotá, Colombia

CLAD, C. L. (2007). *Carta Iberoamericana de Gobierno Electrónico*. XVII Cumbre Iberoamericana.

Concha G & Naser A (2012). *Datos abiertos: Un nuevo desafío para los gobiernos de la región*. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES).

Draper DA, Ginsburg PB (2007). Health care cost and access challenges persist: initial findings from HSC's 2007 site visits. *Issue Brief Cent Stud Health Syst Change*. 114:1-6.

Dusheiko M, Gravelle H, Yu N, Campbell S (2007). The impact of budgets for gatekeeping physicians on patient satisfaction: evidence from fundholding. *J Health Econ*. 26(4):742-62

Guthrie B, Wyke S (2006). Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Fam Pract*. 7:11.

Indarte S & Pazos P (2011). *Estándares e interoperabilidad en salud electrónica: Requisitos para una gestión sanitaria efectiva y eficiente*. Santiago de Chile: CEPAL – Colección Documentos de proyectos

Kearley KE, Freeman GK (2001). Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract*. 51(470):712-8.

Mariñez F (2016). *Innovación y gobernanza colaborativa para la gestión de las políticas públicas*. Santiago Chile: XXI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública

Michiels E, Deschepper R, Van Der Kelen G, Bernheim JL, Mortier F, Vander Stichele R, Deliens L (2007). The role of general practitioners in continuity of care at the end of life: a qualitative study of terminally-ill patients and their next of kin. *Palliat Med*. 21(5):409-15.

Muller, P. (2000). L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique. *Revue française de science politique*, Vol. 50 N° 2, p. 189.

Muller, P. (2000). L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique. *Revue française de science politique*, Vol. 50 N° 2, p. 189.

Naser, A., & Concha, G. (2011). *El gobierno electrónico en la gestión pública*. Santiago de Chile: CEPAL - Serie Gestión Pública N° 73.

Nasser, A. (2016). *La contribución del gobierno electrónico y los datos abiertos en la integración regional*. Santiago de Chile: CEPAL - Serie Gestión Pública N° 84.

OECD (2017). Recuperado el 14 de diciembre de 2017, de Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Ver en: <http://www.oecd.org/gov/digital-government/definitionsandconcepts.htm>

Oszlak O. *Gobierno abierto: hacia un nuevo paradigma de gestión pública*. Red de Gobierno Electrónico de América Latina y el Caribe – Red GEALC. Colección de documentos de trabajo sobre e-Gobierno 5. 2013.

Propper C, Wilson D, Söderlund N (1998). The effects of regulation and competition in the NHS internal market: the case of general practice fundholder prices. *J Health Econ.* (6):645-73.

Stokes T, Tarrant C, Mainous AG, Schers H, Freeman G, Baker R (2005). Continuity of care: is the personal doctor still important? A survey of general practitioners and family physicians in England and Wales, the United States, and The Netherlands. *Ann Fam Med.* 3(4):353-9.

Sturmberg J (2000). Continuity of care: towards a definition based on experiences of practising GPs. *Fam Pract.* 17(1):16-20.

Indarte S & Pazos P (2011). *Estándares e interoperabilidad en salud electrónica: Requisitos para una gestión sanitaria efectiva y eficiente*. Santiago de Chile: CEPAL – Colección Documentos de proyectos.

Anexo 01. Anexo 01: Matriz de Consistencia

Problemas General	Objetivos General	Hipótesis General	Variables Independiente	Indicador V.I.	Variables Dependiente	Indicador V.D.
¿Cómo mejorar el acceso de información de atención en salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) del primer nivel de atención del sector salud?	Implementar un sistema de gestión y estandarización de la cartera, para mejorar el acceso de información de la atención en salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) del primer nivel de atención del sector salud.	Si se implementa un sistema de gestión y estandarización de la cartera, entonces se mejora el acceso a información de la atención en salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) del primer nivel de atención del sector salud.	Sistema de gestión y estandarización de la cartera	--	Mejorar el acceso de información de Atención en salud de las IPRESS del primer nivel	--
Problemas Específico	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas				
¿Cómo mejorar el acceso de información de la atención inmediata del servicio del primer nivel de atención?	Implementar un proceso estándar transversal de codificación de catálogos normados para mejorar el acceso de información para los usuarios externos e internos del primer nivel de atención.	Mediante la implementación de un proceso estándar transversal de codificación mejora la satisfacción del usuario en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.	Proceso estándar transversal	Si/ No	Satisfacción del usuario al acceso de información estándar	
¿De qué manera la implementación de procesos de sistematización de la cartera de atención reduce el tiempo auditable de la ficha única de atención para el reembolso de las IPRESS por las prestaciones brindadas a los asegurados del SIS?	Implementar los procesos de sistematización de la cartera para reducir el tiempo auditable de la ficha única de atención para el reembolso por prestaciones brindadas por las IPRESS a los asegurados de las IAFAS SIS.	Mediante la implementación de procesos de sistematización de la cartera de atención reduce el tiempo auditable de la ficha única de atención para el reembolso de las IPRESS por las prestaciones brindadas a los asegurados del SIS.	Procesos de Sistematización	Si / No	Información oportuna	N° de FUA(SIS) de consulta externa Observadas / total de pacientes consulta externa

Fuente: Elaboración propia

Anexo 02. Matriz de Operacionalización

Variable Independiente	Indicador	Definición Conceptual	Definición Operacional
Proceso estándar transversal	Si/ No	Sistema de gestión y estandarización de la cartera	Grado de Satisfacción del usuario para tomar una atención en un establecimiento de Salud.

Procesos de Sistematización	Si / No	Proceso estándar transversal	Situación actual de las carteras de atención y su nivel de integración.
-----------------------------	---------	------------------------------	---

Variable Dependiente	Indicador	Definición Conceptual	Definición Operacional
Satisfacción del usuario al acceso de información estándar		Acción para medir brechas de acceso de información al usuario interno y externo	Grado de Satisfacción del usuario para el acceso de información tomar una atención en un establecimiento de Salud.

Información oportuna	N° de FUA(SIS) de consulta externa Observadas / total de pacientes consulta externa	Grado de medición del movimiento de la ficha y el tiempo de demora de respuesta de revisión de información	Situación de la mejora del proceso de estandarización de los catálogos de información
----------------------	---	--	---

Fuente: Elaboración propia

Anexo 03. Encuesta

A continuación, se presenta una encuesta que se presentó a los usuarios concurrentes a un establecimiento de salud del primer nivel de atención donde dieron algunas de sus opiniones para esta investigación:

Encuesta

Estimado Usuario de Establecimiento de Salud:

A continuación, encontrará 1 pregunta sobre el establecimiento de salud en que observa y accede a información relevante sobre costos y cartera que ofrece la entidad. Le pedimos que responda con la mayor sinceridad.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Se trata de recoger información sobre el establecimiento, para que pueda mejorar el acceso a la salud.

Muchas gracias por su colaboración.

INSTRUCCIONES: Marque con un CIRCULO sobre la opción que parezca más a lo que Ud. observa en los frontis del establecimiento o algún lugar interno sobre información de precios y sobre información de atención.

¿Está Ud. Satisfecho con la información que brinda el establecimiento de salud en cuanto a precios y atención?

- a. SI
- b. NO

Elaboración propia

IMPLEMENTACIÓN DE UN
SISTEMA DE GESTIÓN Y
ESTANDARIZACIÓN DE LA
CARTERA DE ATENCIÓN EN
SALUD DE LAS
INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE
SERVICIOS DE SALUD

Fecha de entrega: 20-dic-2019 12:11p.m. (UTC-0600)

Identificador de entrega: 1287546548

Nombre del archivo: Tesis_Ivan_Ferez_Roca_v2.0_final.doc (5.93M)

Total de palabras: 18486

Total de caracteres: 100534

(IPRESS) DEL PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN DEL SECTOR

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE LA CARTERA DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SECTOR SAL

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	2%
2	www.diresacusco.gob.pe Fuente de Internet	1%
3	archivo.cepal.org Fuente de Internet	1%
4	edoc.pub Fuente de Internet	1%
5	documents.worldbank.org Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%
7	scielosp.org Fuente de Internet	1%

8	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	1%
9	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	1%
10	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
11	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
12	www.youblisher.com Fuente de Internet	1%
13	plus.rjl.se Fuente de Internet	<1%
14	documents.tips Fuente de Internet	<1%
15	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
16	ww1.essalud.gob.pe Fuente de Internet	<1%
17	www.essalud.gob.pe Fuente de Internet	<1%
18	politicas.uaemex.mx Fuente de Internet	<1%

19	www.minproteccionsocial.gov.co Fuente de Internet	<1%
20	www.asesorempresarialperu.com Fuente de Internet	<1%
21	repositorio.uis.edu.co Fuente de Internet	<1%
22	www.parsalud.gob.pe Fuente de Internet	<1%
23	es.scribd.com Fuente de Internet	<1%
24	www.bmj.com Fuente de Internet	<1%
25	pdf.usaid.gov Fuente de Internet	<1%
26	docplayer.es Fuente de Internet	<1%
27	creativecommons.org Fuente de Internet	<1%
28	www.perucompras.gob.pe Fuente de Internet	<1%
29	www.consorcio.org Fuente de Internet	<1%
30	minsa-drupal.tmp.vis-hosting.com Fuente de Internet	<1%

31	tel.archives-ouvertes.fr Fuente de Internet	<1%
32	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1%
33	Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru Trabajo del estudiante	<1%
34	"Improving Patient Treatment with Attachment Theory", Springer Nature, 2016 Publicación	<1%
35	www.reddesaludabancay.gob.pe Fuente de Internet	<1%
36	www.rehueong.com.ar Fuente de Internet	<1%
37	www.dge.gob.pe Fuente de Internet	<1%
38	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1%
39	www.gob.mx Fuente de Internet	<1%
40	repositorio.uchile.cl Fuente de Internet	<1%
41	Submitted to UNIV DE LAS AMERICAS Trabajo del estudiante	<1%

42	www.hmrc.umich.edu Fuente de Internet	<1%
43	mef.gob.pe Fuente de Internet	<1%
44	home.bi.no Fuente de Internet	<1%
45	www.phrplus.org Fuente de Internet	<1%
46	www.seo.nl Fuente de Internet	<1%
47	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	<1%
48	gobiernoabierto.gto.org.mx Fuente de Internet	<1%
49	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
50	iris.paho.org Fuente de Internet	<1%
51	camarachp.cl Fuente de Internet	<1%
52	www.observatoriorh.org Fuente de Internet	<1%
53	Hernán E. García Cabrera, Pedro Díaz Urteaga,	<1%

Donatila Ávila Chávez, María Z. Cuzco Ruiz.
"La Reforma del Sector Salud y los recursos
humanos en salud", Anales de la Facultad de
Medicina, 2015

Publicación

54	Submitted to Universidad Tecnologica del Peru Trabajo del estudiante	<1%
55	Paulo Ferreira. "OpenEHR ontology and Multi - Agent Systems for interoperability in heterogeneous HL7 - based systems.", Repositório Aberto da Universidade do Porto, 2014. Publicación	<1%
56	Submitted to Universidad Estatal a Distancia Trabajo del estudiante	<1%
57	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	<1%
58	Submitted to ESCP-EAP Trabajo del estudiante	<1%
59	plataformalac.org Fuente de Internet	<1%
60	www.limaeste.gob.pe Fuente de Internet	<1%
61	www.csps-efpc.gc.ca Fuente de Internet	<1%

62	www.revistarecai.mx Fuente de Internet	<1%
63	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1%
64	redanticorrupcion.com Fuente de Internet	<1%
65	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
66	www.minsa.gob.pe Fuente de Internet	<1%
67	www.regionsunies-fogar.org Fuente de Internet	<1%
68	Submitted to Carlos Test Account Trabajo del estudiante	<1%
69	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	<1%
70	www.ccer-nic.org Fuente de Internet	<1%
71	dirislimacentro.gob.pe Fuente de Internet	<1%
72	www.icamericas.net Fuente de Internet	<1%
73	www.elperuano.pe	

	Fuente de Internet	<1 %
74	biblioteca.usbbog.edu.co:8080 Fuente de Internet	<1 %
75	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
76	Submitted to Universidad de Ciencias y Humanidades Trabajo del estudiante	<1 %
77	tucontribuyes.com Fuente de Internet	<1 %
78	Submitted to Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) - Sede Ecuador Trabajo del estudiante	<1 %
79	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	<1 %
80	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	<1 %
81	Submitted to Universitat Politècnica de València Trabajo del estudiante	<1 %
82	www.gran-selecciones-en.com Fuente de Internet	<1 %
83	www.dif.gob.mx Fuente de Internet	<1 %

84	repositorio.ulasamericas.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
85	www.msal.gov.ar Fuente de Internet	<1 %
86	www.sidalac.org.mx Fuente de Internet	<1 %
87	Submitted to Barcelona School of Management Trabajo del estudiante	<1 %
88	Submitted to Universidad ESAN -- Escuela de Administración de Negocios para Graduados Trabajo del estudiante	<1 %
89	Submitted to Universidad Nacional de Colombia Trabajo del estudiante	<1 %
90	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
91	Submitted to Colegio Vista Hermosa Trabajo del estudiante	<1 %
92	www.rsvm.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
93	cepre.opp.gub.uy Fuente de Internet	<1 %
94	Submitted to Universidad Wiener Trabajo del estudiante	<1 %

95	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1%
96	esdocs.com Fuente de Internet	<1%
97	saludelcollao.gob.pe Fuente de Internet	<1%
98	"Summaries", World's Poultry Science Journal, 2012 Publicación	<1%
99	doaj.org Fuente de Internet	<1%
100	www.llevantenmarxa.org Fuente de Internet	<1%
101	www.cedip.cl Fuente de Internet	<1%
102	eprints.uanl.mx Fuente de Internet	<1%

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 10 words

Anexo 05: Autorización de Publicación en Repositorio.



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN O TESIS EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UPCI

1.- DATOS DEL AUTOR

Apellidos y Nombres: PEREZ ROCA ANAOS JUAN
DNI: 40398069 Correo electrónico: IPRESS@GMAIL.COM
Domicilio: JR. PAVIA 605 # 401
Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: 936537190

2.- IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO Ó TESIS

Facultad/Escuela: INGENIERIA

Tipo: Trabajo de Investigación Bachiller () Tesis (X)

Título del Trabajo de Investigación / Tesis:

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN Y
ESTANDARIZACIÓN DE LOS CORREOS DE ATENCIÓN EN SALUD
DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
(IPRESS) DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SECTOR SALUD

3.- OBTENER:

Bachiller () Título (X) Mg. () Dr. () PhD. ()

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

Por la presente declaro que el documento indicado en el ítem 2 es de mi autoría y exclusiva titularidad, ante tal razón autorizo a la Universidad Peruana Ciencias e Informática para publicar la versión electrónica en su Repositorio Institucional (<http://repositorio.upci.edu.pe>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art23 y Art.33.

Autorizo la publicación de mi tesis (marque con una X):

(X) Sí, autorizo el depósito y publicación total.

() No, autorizo el depósito ni su publicación.

Como constancia firmo el presente documento en la ciudad de Lima, a los
16 días del mes de 10 de 2019.


Firma

