

T. 4/345/p 21

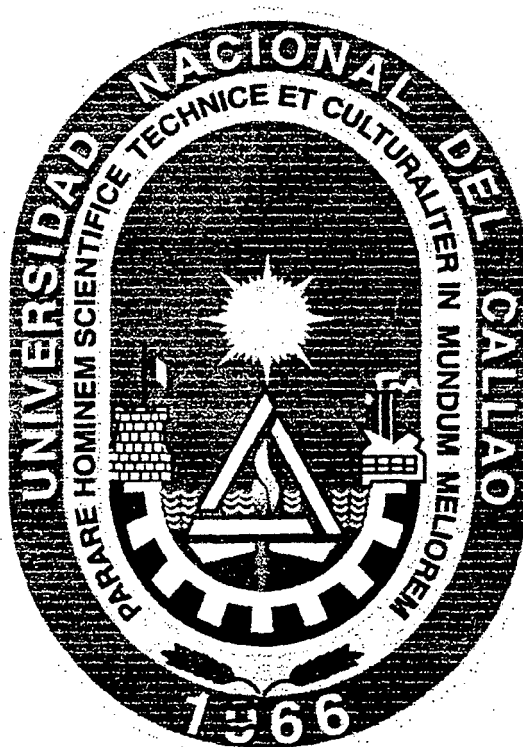
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

ESCUELA DE POST GRADO

SECCIÓN DE POST GRADO DE LA FACULTAD DE

CIENCIAS ECONÓMICAS

MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA



**“MÉTODOS Y TÉCNICAS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD
DE ATENCIÓN AL PACIENTE-USUARIO DEL HOSPITAL NACIONAL**

SERGIO E. BERNALES”

TESIS PRESENTADA POR

**JOSE LUIS PORTUGAL VILLAVICENCIO
PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN
INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA**

BELLAVISTA, CALLAO, SETIEMBRE 2003

A mi querida esposa Flor María,
compañera de todas mis vivencias,
y a mis dos hijos Christian y Mauricio
en la esperanza de un mundo mejor.

A la Universidad Nacional del Callao,
A la Escuela de Post Grado,
A la Sección de Post Grado
de la Facultad de Ciencias Económicas,
A mis profesores de la Maestría en
Investigación y Docencia Universitaria,
Al Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
Y a todos y cada uno de mis colaboradores que
han contribuido con sus conocimientos, tiempo y
dedicación a la elaboración de la presente investigación.

RESUMEN

La investigación tiene un ámbito específico dentro del campo de funciones y actividades de la Unidad de Imagen Institucional del Hospital Nacional Sergio E. Bernales del Ministerio de Salud, ubicado Geográficamente en el distrito de Comas, provincia de Lima, departamento de Lima, Perú.

La investigación consiste en el análisis de procesos metodológicos y la aplicación de modelos en la capacitación de personal y en la comunicación e información al público externo del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Para efectos de la investigación se ha escogido exclusivamente las variables información señalética y mejoramiento de la calidad de atención al público usuario – paciente, a partir del programa de capacitación en técnicas de atención al público, con la aplicación de un método de capacitación interactuante y vivencial y la instalación de un Sistema de Información al Público basado en una infraestructura señalética ad hoc para el Hospital, sede de la investigación.

La investigación muestra con profusión los resultados de análisis y contrastación de opiniones y actitud del personal asistencial, objeto de aplicación del Método Interactivo Vivencial de Capacitación, traducido en cuadros gráficos y datos estadísticos para implementar mejoras en la gestión futura y la atención al público usuario – paciente.

Del mismo modo se muestra la instalación ejecutada de la información señalética ad hoc, consistente en 409 letreros de información debidamente instalados.

Durante el proceso de capacitación a 275 empleados entre profesionales, técnicos y administrativos que representan el 51% del total de empleados asistenciales del Hospital, se pudo extraer sus puntos de vista y apreciación del

nivel de calidad en la prestación del servicio de salud a pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Con la ejecución y/o aplicación de la investigación se han alcanzado satisfactoriamente las metas y objetivos determinados tanto en el plan operativo anual de fortalecimiento de la gestión corporativa del Hospital, como de los objetivos de la presente investigación; al punto de estar en la condición de proponer un futuro Plan Operativo.

SUMMARY

The research has a specific scope within the area of functions and activities of the Unit of Institutional Image of the Sergio E. Bernales National Hospital of the Ministry of Health, is located in the district of Comas, province of Lima, department of Lima, Peru.

The research consists of the analysis of methodological processes and the application of models: in the employees training, and the communication and information to the external public of the National Hospital.

For effects of the investigation, exclusively, we have been chosen the variables: signal information and the improvement of the quality of attention to the usuary public - patient, this variable originated from the program of qualification in techniques of attention to the public, with the application of a daily living and interactive training method, and the installation of an Information system to the Public based on the signal infrastructure ad hoc for the Hospital, site of the research.

The research study shows the analysis results and contrast of opinions and attitude of the health staff, object of application of the daily living and interactive training method, that is represented in graphics and statistical data to implement improvements in the future management and the attention to the usuary public - patient.

In the same way, it shows the executed installation of the signal information ad hoc, consisting on 409 information signboards installed properly.

During the training process of 275 employees between professionals, technicians and administrative staff, who represent 51% of the total of the health staff, we could recognized their points of view and the appreciation of the quality level in the benefit of the health service to patients of the National Hospital.

With the execution and/or application of the research, satisfactorily, we could reached certain goals and objectives specified in the annual operative plan of fortifying of the corporative management of the Hospital, and the objectives of the present research; in the way that we could be capable of suggest a future Operative Plan.

INDICE

Página

Portada	
Dedicatoria	01
Agradecimiento	02
Resumen	03
Indice	07
Introducción	08
Capítulo I. Planteamiento del Problema	11
1.1.- Selección General y Específica	11
1.2.- Definición del Problema	12
1.3.- Planteamiento del Problema	14
1.4.- Implicancias	14
1.5.- Interrogantes Generales y Específicas	14
1.6.- Objetivos Generales y Específicos	16
1.7.- Planteamiento de la Hipótesis – Formulación	17
1.8.- Operacionalización	18
1.9.- Diseño Muestral	19
Capítulo II. Marco Teórico	20
II.1.- La Teoría de las Relaciones Públicas	20
II.1.1.- La Teoría de las Relaciones Públicas – Su Filosofía, Naturaleza y Funciones	20
II.1.2.- Corrientes y/o Escuelas de las Relaciones Públicas	23
II.1.3.- El Público - sus Categorías	28
II.1.4.- La Opinión Pública – su Investigación	37
II.1.5.- Diferencias entre Relaciones Públicas, Publicidad, Propaganda, Periodismo, Promoción de Ventas, Información Publicitaria, Publicidad Institucional y Publicidad de Prestigio	42
II.1.6.- La Responsabilidad Social	46
II.1.7.- Las Relaciones Públicas como Filosofía y Función de la Gerencia de las Organizaciones	49
II.2.- Cultura y Estructura Organizacional	53
II.2.1.- Identidad Corporativa- Filosofía, Visión y Misión	62
II.2.2.- Políticas y Objetivos de la Institución	62
II.2.3.- Análisis Estratégico, Diagnóstico Situacional, Análisis Foda	63
II.2.4.- El Sistema Comunicacional y de Relaciones Públicas	75
II.2.4.1.-El Plan Operativo	77
II.2.4.2.-Los Programas	83
Capítulo III. Métodos y Técnicas de Investigación	85
III.1.- Capacitación de Personal – El Método Interactivo Vivencial	85
III.1.1.-Motivación	91
III.1.2.-Instrucción	93
III.2.- Sistemas de Información	123
Información al Cliente Externo	
Capítulo IV Análisis e Interpretación de Resultados	145
IV.1.- Resultados	145
Conclusiones	252
Recomendaciones	254
Bibliografía	256
Apéndices y Anexos.	259

INTRODUCCIÓN

Toda Organización cuenta con una “Cultura Organizacional”, es decir tiene una condición de ser muy especial, muy propia, es “su” forma de ser. De este modo el desarrollo y la ejecución de la misión organizacional dependen de la claridad como la organización conceptúa su “visión”.

Al existir una visión, un conocimiento del “ser” de una organización o institución, desde adentro, se puede seguir construyendo la estructura organizacional, consolidando su Identidad Corporativa con elementos componentes como “su filosofía, valores, creencias, costumbres, historial, políticas y estrategias” (1), entre los más importantes, para luego, mediante la comunicación corporativa poder transmitir toda aquella información o mensajes que a su vez lograrán establecer una imagen corporativa o imagen institucional.

Por estas razones fundamentales, se hace necesario establecer una conducta empresarial o institucional suficientemente capaz de cumplir su misión, es decir, su rol en la sociedad donde está inmersa, además de contribuir al establecimiento de una mejor calidad de vida de todos en la sociedad y/o comunidad, dado que una organización es una entidad con influencias en su entorno, no solo a partir de sus productos y servicios, sino indudablemente también por su gestión y presencia en el medio social.

La gestión es un factor de presión en el entorno societario, juntamente con sus productos y servicios van generando una imagen en los grupos de públicos internos y externos. En la medida que estas influencias van “contactando” con los segmentos de públicos y se van convirtiendo en vías informativas, es así que las personas empiezan a configurar en sus mentes una conceptualización de las cosas; de las organizaciones, de las personas, las que pueden tener entonces calidad, prestigio y reputación a la par que confiabilidad y credibilidad.

1). PORTUGAL, José. Separata de Relaciones Públicas. Pág. 1

La eficiencia comportamental de las organizaciones se puede medir, evaluar, comparar y contrastar, tomando como parámetros de análisis algunos indicadores de eficiencia o variables de la calidad, los que pueden radicar por ejemplo en las reacciones o actitudes y mentalidad del público afectado directa o indirectamente por el accionar institucional.

Las declaraciones del público consumidor, usuario o cliente pueden marcar un parámetro o nivel de satisfacción por los productos, servicios y otras formas de impactos.

La responsabilidad social de una organización entonces se puede medir y saber cómo es que está cumpliendo su rol, su misión, el encargo encomendado por la sociedad. Si estos niveles de responsabilidad social se están cumpliendo entonces no existe la necesidad de mayores cambios o reformulación de las políticas y las estrategias, más si ocurre contrariamente, es indudable que se deben tomar las medidas pertinentes para reorientar el desarrollo y consolidar la Identidad Corporativa.

Entonces la eficiencia institucional tiene un punto de partida y una razón de ser que radica en el más alto nivel estratégico, en donde se establecen las políticas de su desarrollo.

En razón de este análisis y ante la seguridad de afianzar el desarrollo institucional porque ya se cuenta con el instrumento demarcador del desarrollo y que lo conocemos para el caso de la presente investigación como el "Plan Estratégico 1999-2004" (2). Se implementan una serie de programas, proyectos o actividades tendientes a afianzar la seguridad en el cumplimiento de los objetivos trazados y reforzarlos con planes específicos tales como los "Métodos y Técnicas de Mejoramiento de la Calidad de Atención al Paciente - Usuario del Hospital Nacional Sergio E. Bernales".

El problema radica en el campo de las Comunicaciones Corporativas o Institucionales y/o las Relaciones Públicas, haciendo

2). Documento Plan Estratégico 1999 – 2004. Hospital Nacional Sergio E. Bernales

énfasis en que las organizaciones que no conciben a las Comunicaciones y a las Relaciones Públicas como elementos constitutivos de su cultura no tienen porque tener éxito en su desarrollo institucional.

Asimismo, el problema tiene un ámbito específico dentro del campo de funciones y actividades de la Unidad de Imagen Institucional del Hospital Nacional Sergio E. Bernales del Ministerio de Salud, ubicado geográficamente en el Distrito de Comas.

El Proyecto de Investigación consiste en el análisis de procesos metodológicos y la aplicación de modelos en la Capacitación de Personal y en la Comunicación e Información al Público externo del mencionado establecimiento de salud.

Para efectos de la investigación se ha escogido exclusivamente esta categoría con las variables: Información Señalética y Mejoramiento de la Calidad de Atención al Público usuario – paciente, a partir del Programa de Capacitación en Técnicas de Atención al Público, con la aplicación de un Método de Capacitación Interactuante y vivencial y la instalación de un Sistema de Información al Público basado en una infraestructura señalética ad hoc para el Hospital sede de la investigación.

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Selección General y Específica.

Selección General.-El problema recae en el campo de las Comunicaciones Corporativas o Institucionales y/o las Relaciones Públicas.

De este modo el ejercicio de las funciones comunicacionales y relacionales en la institución responden a una visión filosófica y doctrinaria que asume la Cultura de la Organización, con componentes como los valores y creencias, sus políticas, sus estrategias, sus proyectos y programas.

Así las organizaciones que no conciben a las Comunicaciones y/o a las Relaciones Públicas como elementos constitutivos de su cultura no tienen porque tener éxito en su desarrollo institucional.

Las Comunicaciones y/o las Relaciones Públicas juntamente que la Cultura de la Organización funcionan entonces como Variables en el problema de investigación. Entonces tenemos las Variables: A.- Cultura Organizacional, y la Variable B.- Comunicaciones y/o Relaciones Públicas.

La Variable A.- Cultura Organizacional / Institucional con sus Indicadores:

- Valores
- Políticas
- Estrategias
- Visión
- Misión

La Variable B.- Comunicaciones / Relaciones Públicas con sus indicadores:

- Plan Operativo
- Programas
- Medios

Selección Específica.-El problema tiene un ámbito específico dentro del campo de funciones y actividades de la Unidad de Imagen Institucional del Hospital Nacional Sergio E. Bernales del Ministerio de Salud, ubicado

geográficamente en el Distrito de Comas, vinculado a las Comunicaciones y/o a las Relaciones Públicas, consistente en el análisis de Procesos Metodológicos y la aplicación de Modelos en la Capacitación de Personal y en las Comunicaciones e Información al Público.

Para efectos de esta investigación hemos escogido exclusivamente esta categoría, con las variables: Información Señalética y Mejoramiento de la Calidad de Atención al Público Usuario, a partir del Programa de Capacitación en Técnicas de Atención al Público, con la aplicación de un Método de Capacitación Interactuante y Vivencial y la instalación de un Sistema de Información al Público basado en una infraestructura señalética ad hoc para el Hospital sede de la investigación.

1.2. - Definición del Problema

La presente investigación intenta probar la eficiencia en la implementación de un conjunto de Métodos y Técnicas que pueden denominarse también programas y/o actividades tendientes a afianzar la Identidad Institucional o Corporativa, mejorando de este modo su Imagen en la Comunidad, fomentando una Cultura Institucional de Trabajo en Equipo y que se desagrega en etapas de sensibilización y motivación, de capacitación, institucionalización, identificación e incorporación de factores comunes a la organización (valores y principios), identificación de los Medios de Expresión, de Difusión y Fortalecimiento Corporativo.

Este conjunto de acciones articuladas en Planes Operativos, Programas y Proyectos, intentan revertir el Panorama Problemático diagnosticado en el momento del análisis y el planteamiento del Plan Maestro de Desarrollo denominado por el Hospital como "Plan Estratégico 1999 – 2004", y que descubre durante el "Análisis FODA" (3), (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas), entre otros aspectos las siguientes debilidades:

- a- Un significativo porcentaje de los trabajadores no se identifica con la Institución.
- b- No se trabaja en equipo

- c- No se usa información en la toma de decisiones
- d- No se proyecta buena Imagen Corporativa
- e- Existe resistencia al cambio
- f- Se tiene un Modelo de Gestión Centralista
- g- Existe una Política de Capacitación deficiente
- h- Existe una normatización de la Organización deficiente

3) Documento Plan Estratégico 1999 – 2004. Hospital Nacional Sergio Bernales.

- i- Existen Niveles de Insatisfacción en el Público “Paciente-Usuario”, respecto de la prestación del Servicio de Salud.

Ante este panorama problemático, la Institución establece alternativas estratégicas que parten primero de una “Estabilización” y que consiste en el alcance de niveles óptimos de desarrollo en todas las unidades orgánicas y segundo, en el crecimiento, para afrontar con éxito los nuevos Lineamientos de Políticas de Salud y así satisfacer la demanda de atención en salud, de la población del Cono Norte.

Cabe precisar que la presente investigación sólo se concreta en administrar aquellos aspectos vinculados directamente al quehacer de la Comunicación Organizacional y/o Institucional y de las Relaciones Públicas, consignadas como funciones de la Unidad de Imagen Institucional del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, además de plantear a manera de asesoramiento, estrategias que tiendan a revertir el panorama problemático diagnosticado en la opinión del público interno.

La instalación del Sistema de Información Señalética, mediante un método y procedimiento específico para las características peculiares de un hospital, al igual que la aplicación de un Método de Capacitación Interactivo y Vivencial para el personal, son el problema a investigar.

1.3.- Planteamiento del Problema

Toda Organización tiene el imperativo de cumplir sus roles operativo-funcionales y sociales; no todos lo logran, porque no todas determinan desde adentro un rumbo de su desarrollo.

Las organizaciones deben establecer en algún momento de su existencia, si es que no lo han hecho desde el comienzo, un marco o parámetro de existencia, que posteriormente se puede constituir en el Plan de Desarrollo y mejor si éste es estratégico.

El problema se circunscribe específicamente en la eficiencia de los Programas y/o Actividades de la Unidad de Imagen Institucional, frente a la exigencia de alcanzar las metas previstas en el Plan Estratégico que corresponden a la Unidad, teniendo como parámetros indicadores iniciales o presupuestos, los diagnósticos efectuados por la institución con motivo de la elaboración del Proyecto del "Plan Estratégico 1999-2004" del Hospital Nacional Sergio E. Bernales del Ministerio de Salud.

1.4. - Implicancias

El Proyecto tiene una directa implicancia con el procedimiento de contrastar las metas determinadas en el Plan Operativo de la Unidad de Imagen Institucional con aquellas otras planteadas en el Plan Estratégico de Desarrollo 1999-2004, todo lo cual puede servir como elemento testigo para reformular o implantar Planes de Desarrollo de instituciones similares, generando un "apalancamiento" en la gestión de las oficinas, Departamentos o Unidades de Relaciones Públicas y/o de Imagen Institucional o Corporativa.

1.5. - Interrogantes Generales- Específicas

Interrogantes Generales

Siempre se genera la inquietud en quienes no conocen suficientemente la trascendencia del accionar relacionístico, por saber si esta tarea puede o no ser rentable y beneficiosa para las organizaciones en donde se ejecuta. De tal manera que las interrogantes pueden estar alrededor de personas u organizaciones con escaso conocimiento de la filosofía y praxis de las Relaciones Públicas₁₄

Quizás uno de los factores más notables que permite una incertidumbre y falta de credibilidad en el accionar de Relaciones Públicas es la propia práctica o aplicación a cargo de personal no idóneo, insuficientemente preparado y hasta cierto punto neófito en el accionar profesional. Hecho que se permite en aquellas organizaciones donde por desconocimiento se encargan funciones de Relaciones Públicas a personas de otras líneas formativas o personas que teniendo estudios cortos en el área, no han profundizado suficientemente su "manejo" y llevan a cabo acciones o actividades sin el debido sustento profesional, desprestigiando así a la carrera y a sus auténticos profesionales. Pero al final lamentablemente, no siendo rentables para las organizaciones en las que se instala la función relacionística.

Entonces aquí cabe preguntarse: ¿La aplicación de técnicas de Relaciones Públicas en una organización puede generar un cambio radical en el desarrollo de su gestión corporativa?

Del mismo modo nos preguntaremos: ¿Las organizaciones siempre serán capaces de adoptar la filosofía y praxis relacionística? Por otro lado; ¿Existirá capacidad profesional para ejecutar programas eficientes y rentables?

¿Se conoce suficientemente la teoría y la praxis de las Relaciones Públicas?

¿Puede existir la posibilidad del desarrollo de la gestión administrativa organizacional y/o institucional sin el aporte de las Relaciones Públicas?

¿Es posible confundir a las Relaciones Públicas con otras funciones profesionales?

¿Las Relaciones Públicas son una herramienta del Marketing?

¿Las políticas y estrategias del Desarrollo Organizacional y/o Institucional deben considerar la gestión de Relaciones Públicas?

¿La capacitación puede influir en la consolidación de la Identidad Corporativa?

¿Se requiere algo más que la capacitación para reforzar la Cultura Organizacional?

Estas interrogantes pueden estar circunscritas alrededor de los procedimientos, las técnicas y herramientas que el accionar de las Relaciones Públicas pone en práctica, a partir de políticas y estrategias impuestas en la organización por una gestión y administración estratégica.

¿Las técnicas empleadas por las Relaciones Públicas son suficientemente distinguibles?

¿Las estrategias, así como programas de Relaciones Públicas e Imagen Institucional reverten ostensiblemente la problemática institucional?

¿Para cambiar la imagen negativa de una organización o institución se deben ejecutar programas de responsabilidad exclusiva del departamento u oficina de Relaciones Públicas?

¿Los programas de capacitación de personal pueden revertir la gestión y tratamiento del público externo?

¿Los procedimientos de capacitación o programas de capacitación se ejecutan previo diagnóstico de necesidades de capacitación y luego de un estudio de su problemática institucional?

¿Se considera necesario implantar y/o ejecutar un programa de información señalética para mejorar la calidad de la información a clientes externos?

¿En la información señalética se deberá tomar en cuenta la inclusión de íconos y colores institucionales que transmitan los mensajes ideográficamente?

Al existir un Diagnóstico Situacional de la Organización respecto de sus Sistemas de Comunicación y Relación, interno / externo, se implantan políticas y estrategias, programas, proyectos y actividades tendientes a solucionar la problemática descubierta en el diagnóstico, para luego de aplicar la estrategia se puedan contrastar sus resultados con sus objetivos corporativos.

1.6. - Objetivos Generales y Específicos.

Objetivos Generales

- Establecer en la Institución a partir de las Relaciones Públicas, una Visión Filosófica¹ y Doctrina que asuma la Cultura

Organizacional con componentes como los valores y creencias, sus políticas, estrategias, proyectos y programas.

- Lograr que la Institución conciba a las Comunicaciones y/o Relaciones Públicas como elementos constitutivos de su Cultura y su Desarrollo Institucional.
- Probar la importancia y eficiencia de las Relaciones Públicas en los campos de la Gestión del Desarrollo Institucional, aplicadas a una Institución del Sector Salud.

Objetivos Específicos

- Implementar un Plan Operativo con un conjunto de programas tendientes a afianzar la Identidad Institucional o Corporativa, mejorando su imagen en la comunidad.
- Fomentar una Cultura Institucional de Trabajo en Equipo, ejecutado por las siguientes etapas: De Sensibilización y Motivación, de Capacitación, Institucionalización e Identificación e Incorporación de factores comunes a la organización (valores y principios)
- Contrastar las metas determinadas en el Plan Operativo de la Unidad de Imagen Institucional, con aquellas otras planteadas en el Plan Estratégico de Desarrollo 1999-2004.

1.7.- Planteamiento de la Hipótesis - Formulación

Formulación de la Hipótesis.

Dada la existencia de un Diagnóstico del espectro problemático institucional (Plan Estratégico de Desarrollo 1999-2004) de la ubicación, registro y análisis de las variables independientes generadoras de la problemática y su configuración dentro del específico campo comunicacional y relacional interno y externo y la implantación de políticas y estrategias traducidas en planes y programas (Plan Operativo) tendientes a solucionar la problemática descubierta en el diagnóstico, ejecutadas adecuadamente mediante un plan estratégico, se puede revertir ese panorama conflictivo, deficiente, crítico, con

irregularidades en el cumplimiento de su misión y por ende entonces, consolidar la Cultura Organizacional y su Identidad, configurando una imagen idónea de excelencia y prestigio público.

De esta manera estamos en condiciones de plantear nuestra hipótesis:

“Las Estructuras Organizacionales de Relaciones Públicas y/o de Imagen Institucional debidamente conformadas pueden significar el factor o herramienta eficaz de gestión institucional, que permita no solamente cumplir sus metas u objetivos, sino que sobre todo, coadyuven a la consolidación de la Identidad Corporativa y la Cultura Organizacional. De tal forma, los programas de capacitación de personal que administren información respecto de la conducta por adoptar del personal frente al público usuario o clientes, pueden tener una importante influencia en el tratamiento final del público, en la medida que se emplee métodos y técnicas adecuadas de enseñanza, motivación, instrucción y capacitación vivencial (método interactivo). Asimismo, las necesidades de información en el cliente externo: público usuario – paciente, requieren de instalaciones, infraestructura y procedimientos para búsqueda de personas y servicios que mantengan informados a quienes visitan o concurren al local institucional”.

1.8. - Operacionalización

Dadas las variables: Comunicaciones-Relaciones Públicas y Cultura Organizacional/Institucional y sus correspondientes indicadores de la selección específica, se han procedido a analizar y evaluar el diagnóstico del espectro problemático institucional a partir del documento denominado “Plan Estratégico 1999-2004”.

De igual forma analizamos las políticas y estrategias adoptadas para revertir el panorama problemático específico de las variables Comunicaciones y Relaciones Públicas consistentes en el Plan Operativo de la Unidad de Imagen Institucional de la organización hospitalaria.

Se efectúa un análisis y seguimiento minucioso a la ejecución de programas componentes del Plan Operativo, haciendo énfasis en dos de

ellos: Información Señalética Integral y Mejoramiento de la Calidad de Atención al Público Usuario a partir del Programa de Capacitación en Técnicas de Atención al Público.

1.9. - Diseño Muestral

Muestra Numérica.- Constituida por el total de empleados y trabajadores asistenciales del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, en contacto con el público usuario, sumando alrededor de 538 personas entre médicos, otros profesionales de la salud, enfermeras y técnicas de enfermería que serán encuestados y/o entrevistados.

Proporcionalidad de la Muestra.- Se estimó llegar a contactar con el 50 % del total de la muestra, con procedimientos de capacitación y a través de ella, la ejecución de una encuesta y entrevista.

Capítulo II Marco Teórico

II.1.- La Teoría de las Relaciones Públicas

II.1.1.-La Teoría de las Relaciones Públicas – Su Filosofía, Naturaleza y Funciones

Cuando nos referimos a las Relaciones Públicas nos encontramos con un término bastante usado por el común de las gentes. En los negocios, en las instituciones, en la política, en el deporte y hasta en el hogar se habla de las Relaciones Públicas. Es decir, casi todo el mundo sabe de su existencia, más nos preguntamos: ¿Todo el mundo sabe qué son? Lamentablemente no.

En los albores de la civilización el hombre casi se bastaba por si mismo, satisfaciendo sus necesidades especialmente primarias, de hambre, sed, sueño. Conservación de la especie y sexo. Conforme la sociedad va creciendo, su complejidad igualmente va aumentando, surgiendo inevitablemente circunstancias de relación entre humanos, más directa, cara a cara, estableciéndose entonces la necesidad de apoyarnos cada vez más entre nosotros.

Como lo manifiestan Bertrand R.Canfield y H.Frazier Moore “Hoy en día pocas personas son capaces de alcanzar sus metas sin la ayuda de otros. Los individuos dependen de sus patrones para trabajo y salarios; de comerciantes para alimentos y ropa, del gobierno para comodidades y protección, de clubes para satisfacciones sociales e iglesias y sinagogas para guía espiritual y de muchas otras personas e instituciones. La dependencia de la gente de su trabajo y de sus vidas sociales y espirituales han engrandecido la importancia de las relaciones humanas en la vida contemporánea” (3).

En el mundo actual, especialmente de los negocios y de las instituciones, el concepto de lo que dirá el público significa un factor de afianzamiento y solidificación de las Relaciones Públicas como actividad profesional.

3) MOORE, H. Frazier. Relaciones Públicas. Pág. 19

Las instituciones de cualquier tipo se conducen generalmente en función de esa "presión" que la opinión de las gentes en la sociedad ejerce en las organizaciones.

El merecer el apoyo, comprensión y entendimiento de las acciones de las instituciones y organizaciones por el público, es una meta largamente acariciada por los ejecutivos y empresarios, porque esto se traduce en "óptima gestión".

"La búsqueda de confianza de las instituciones con la gente en la que influye, es uno de los acontecimientos más importantes del siglo XX y continúa en el presente y nuevo siglo XXI con mayor énfasis y con más conciencia y responsabilidad corporativa". (4).

La necesidad de relación armoniosa entre empresas y clientes, entre gobierno y ciudadanía, entre instituciones y comunidad, permitiendo establecer la creación o aparición de una nueva filosofía que en nuestro caso se llama Relaciones Públicas.

Cierta gente no versada se refiere a las Relaciones Públicas como el "bálsamo cura todo", la "varita mágica" que soluciona los problemas de toda especie. El término Relaciones Públicas es empleado para describir actitudes encaminadas muchas veces a la búsqueda de cualquier objetivo: "Cuida tus Relaciones Públicas", se sabe escuchar a la gente cuando aconseja. "Me voy a hacer Relaciones Públicas", cuando la gestión se vincula al mejoramiento de relaciones con miembros de la comunidad, o hacer negocios, almorzar en la calle con un cliente. O aquel "ten cuidado con lo que dice o hace la gente a tu alrededor", es una muestra clara de dependencia frente a lo que hoy se conoce como público, su conciencia y su actuación.

En torno al término Relaciones Públicas se dan infinidad de confusiones, no se aclara el ámbito de competencia, por ejemplo, de las Relaciones Industriales frente a las Relaciones Públicas, o de estas frente a las Relaciones Laborales, a la publicidad, la propaganda, etc.

Producto de este confusionismo es que se retarda la consolidación

4) MATRAT, Lucien. The Strategy of Confidence. Pág. 12

definitiva de las Relaciones Públicas como profesión, aunque va en aumento el número de personas que aceptan que las Relaciones Públicas tiene campos definidos de acción vinculados a la opinión pública, el manejo de la comunicación y el asesoramiento a las empresas u organizaciones.

DEFINICIONES CONCEPTUALES

“Las Relaciones Públicas son el esfuerzo deliberado, técnico, planificado y constante que realiza una empresa a través de todos sus integrantes, con el fin de socializarse, integrar a sus públicos, rodearse de una corriente de prestigio, atracción y simpatía y proyectar su imagen a través de hechos e informaciones de manera tal que logre identificación, interés y confianza en sus públicos.”(5)

“Siendo las Relaciones Públicas una rama de las Relaciones Humanas, centra su objetivo en la integración humana y en todos los niveles de la sociedad, propiciando conductas solidarias y de confianza mutua entre las organizaciones y los grupos sociales denominados públicos, que se vinculan en búsqueda de un interés común que las identifica, acerca y regula su relación” (6).

“Las Relaciones Públicas son un conjunto de políticas, acciones y procedimientos que buscan crear, mantener y mejorar los niveles de confianza, entendimiento y comprensión entre las personas que de una u otra manera se encuentran vinculadas a una organización, persona, causa o movimiento, utilizando para este efecto técnicas de comunicación, psicología, sociología y otras disciplinas y/o ciencias sociales en apoyo de las Relaciones Públicas” (7).

5) PORTUGAL, José. Relaciones Públicas y Ciencias Sociales. Pág. 6

6) PORTUGAL, José. Relaciones Públicas y Ciencias Sociales. Pág. 18

7) PORTUGAL, José. Relaciones Públicas y Ciencias Sociales. Pág. 53

Naturaleza de las Relaciones Públicas

Las Relaciones Públicas son de naturaleza Pluridimensional:

Normativas por que regulan y establecen el quehacer o accionar de la organización en un todo corporativo y sistemático.

Cultural por que tienden a consolidar los elementos de Cultura Organizacional, elevando el nivel de conocimientos generales y educativos, de los miembros de la Organización.

Integrativa por que tiende a integrar y nuclear a los grupos de público vinculados a la organización, tendiendo los puentes, canalizando los mensajes, estableciendo las redes comunicacionales.

Finalista por que persigue una meta, un objetivo que puede ser el alcanzar la solución de un problema diagnosticado y tratado a partir de uno o varios programas o proyectos en un Plan Operativo de RR.PP.

Valorativa por que su accionar hace que se incremente o consolide la Cultura Organizacional, se eleve su moral, se afirme su tejido ético y deontológico, enriqueciendo el medio de su entorno y estableciendo una mejor calidad de vida para todos.

II.1.2.-Corrientes y/o Escuelas de las Relaciones Públicas

En nuestro medio, desde el inicio formal y profesional de la aplicación de las Relaciones Públicas, remontándonos a los años finales de la década del 50, en que las empresas transnacionales como la ESSO o la International Petroleum Company, conjuntamente que la Souther Perú Cooper Corporation y posteriormente otras organizaciones, utilizaron conceptos, técnicas y herramientas de Relaciones Públicas.

Estas organizaciones transnacionales y básicamente norteamericanas llegaron al Perú con sofisticada tecnología, productiva y de gestión administrativa. Dentro de "esas nuevas prácticas administrativas" se encontraban las Relaciones Públicas, todavía en su etapa de prueba como herramienta potenciadora de la gestión empresarial; sin embargo, su resultado fue corroborando la tesis que plantea su inmensa importancia y contribución al desarrollo de las organizaciones empresariales.

Lo valioso de su contribución no solo consistía en una “facilitación” de su acercamiento y relación con los medios de comunicación y a través de ellos con la comunidad influida por la presencia empresarial y sus actividades, sino también en la adopción de una “actuación empresarial” más ética y responsable de su misión y su naturaleza.

Esa práctica incipiente de la profesión en las postrimerías de la década del 50 e inicios de los años 60, va cobrando fuerza y consolidando su quehacer y lugar dentro de la estructura organizacional, cada vez se hace más necesaria y cada vez se exige mayor profesionalismo en sus expertos.

Así de este modo, y con la creciente corriente de comprensión por la importancia de las Relaciones Públicas y acogiendo el clamor de un gran número de personas que ya trabajaban en las oficinas de Relaciones Públicas de las grandes empresas afincadas en nuestro medio, la Pontificia Universidad Católica del Perú y su Escuela de Periodismo logran diseñar el primer Curso de Relaciones Públicas en el ámbito superior universitario, dictado por el profesor Howard Stephenson en los años 1958 y 1959. Luego su rápido desarrollo y empleo generalizado es todo un fenómeno social y académico. Así fue como se inician las Relaciones Públicas en el Perú.

Sin embargo es bueno mencionar que lo que se aprendió de los profesionales de RR.PP. tanto prácticos como académicos fueron conceptos y praxis contenidos en aquello que bien podemos denominar la “Escuela Norteamericana de las Relaciones Públicas” es decir, la corriente filosófica y profesional que se aplica en los Estados Unidos de Norteamérica, con su contexto social, económico, político y cultural en general “sui generis”, propio de los Estados Unidos.

Es decir, desde los años 50 aprendimos a “hacer” Relaciones Públicas al estilo y usanza norteamericana. Quizá esa sea una condición interviniente y acondicionante para que posteriormente podamos observar una suerte de “desfiguración” de la profesión de las RR.PP. asumiendo funciones de “otras” disciplinas, entre ellas del marketing y debamos escuchar que existan “tendencias” que sin duda intentaron “subordinarlas o reservarles acciones que fracturan su razón de ser. Lo

curioso es que esta situación no se dio en otros continentes, sino más bien en nuestro hemisferio tan anhelante de integración y de tanta tradición relacionística “ (8)

Sin embargo hoy, como contrapartida y lógica respuesta, observamos que las Relaciones Públicas se han consolidado y lo seguirán haciendo cada vez con mayor fuerza, por propia iniciativa y vehemencia de aquellos profesionales estudiosos y académicos que en el ámbito universitario están recreando la filosofía y praxis dentro de un marco socio-cultural más propio a nuestra realidad de país pluricultural, multiétnico y multilingüístico.

Si bien es cierto, la influencia tan marcada de las RR.PP. de la llamada “Corriente Norteamericana” nos influyó de su filosofía marketera y mercantilista, también es bueno precisar que a partir de la década del 70 empezamos conociendo otras formas de pensar provenientes del viejo mundo, en especial de Francia y España.

Con la Segunda Guerra Mundial y luego de su término en 1945 con la explosión de la bomba atómica en Nagasaki e Hiroshima, no solamente se exporta tecnología moderna a Europa especialmente y al Japón, rendido al imperio de occidente, sino que también se trasladó el pensamiento administrativo y sus renovados principios propuestos todavía en 1911 y 1925 por los “clásicos” Taylor y Fayol y posteriormente complementados por Jurán y Déming (calidad Total-1968).

Entonces Europa también vive la “ invasión “ de los espacios de la industria y el comercio por postulados típicamente mercantilistas y de sociedad de consumo capitalista. Las Relaciones Públicas forman parte de esos conceptos que viajan a través del océano y llegan a las costas del Atlántico influyendo la práctica empresarial.

El profesor peruano Francisco Flores Bao en su libro Relaciones Públicas año 2000 habla de la existencia de tres escuelas de la especialidad y dice que “mientras para la Escuela Norteamericana las

8) PEREZ, Senac Roman. SOLÓRZANO, H. Emilio. Relaciones Públicas Superiores. Pág.193.

RR.PP. tienen como objetivo principal el cuidado de la imagen de la institución, así como la defensa del sistema social, económico y político capitalista; para la Escuela Europea de RR.PP. en cambio esta técnica psicológica debe orientarse al establecimiento de relaciones de solidaridad y confianza entre una institución y los grupos sociales que la constituyen o que se relacionan con ella".(9)

Podemos decir sin temor a equivocarnos que las RR.PP. Europeas, Francesas y/o Españolas son un efecto de la acción avasalladora mercantilista que encuentra en el viejo mundo una resistencia a rendirse a sus postulados y entonces se van agregando gradualmente y constituyendo el cuerpo fundamental de la profesión de RR.PP. que sería aquella a la que podemos llamar de la Corriente Europea o social, con componentes basados más bien en centrar su interés en el hombre y la sociedad, su cultura y sus valores, dejando un poco de lado aquella faceta mercantilista de la "american way of live" o estilo de vida norteamericano de capitalismo y consumo.

Así encontramos entonces el momento en que llegan a Latinoamérica conceptos y prácticas de RR.PP. tanto de los Estados Unidos como de Europa.

Estas dos importantes influencias van calando hondo y a partir de allí se va consolidando como en el caso europeo con las RR.PP. provenientes de los Estados Unidos, una reacción o respuesta que si bien es cierto al inicio produjo una lamentable confusión, cosa que retardó el proceso de consolidación de las RR.PP. como profesión y/o disciplina social en casi la mayoría de los países de América Latina.

El experto Argentino en RR.PP. y profesor de la disciplina, identifica una Escuela Latinoamericana de RR.PP. la que " se fundamenta en el interés de la comunidad y responde a una peculiar realidad histórica y regional, abarcando aspectos medulares de su particular realidad económica, social y política, que incide en el ejercicio profesional.(10)

9) FLOREZ, Bao, Francisco. Relaciones Públicas Año 2000. Pág. 43-44

10) PEREIRA PARODI, Julio César. Las Relaciones Públicas en el Mundo Actual. Pág.27

Se dice que una de las manifestaciones de esa corriente latinoamericana está constituida por la Declaración de Principios de la Federación Interamericana de Relaciones Públicas-FIARP- creada en México en el año de 1960 y que desde 1985 se convierte en la actual Confederación Interamericana de Relaciones Públicas-CONFIARP-.

“La FIARP en su Declaración de Principios dice que esta entidad representativa de las RR.PP. en América tiene como suprema aspiración el contribuir a la búsqueda de un mundo mejor basado en la fraternidad, la seguridad, la paz y el desarrollo social y económico de los pueblos, teniendo como fundamento esencial la libertad del hombre y el más absoluto respeto a la dignidad humana” (11)

Hoy, después de haber superado el umbral del año 2000 y en pleno tercer milenio, al que ya alguien llamó el siglo de las Relaciones Públicas, tiene pues una filosofía y una práctica renovada, recreada con los componentes sociales, económicos y culturales propios de nuestros países con características de pobreza, inseguridad ciudadana,, terrorismo, enfermedades, analfabetismo, etc. Que no nos hacen menores o peores, al contrario, establecen el marco social histórico de un desarrollo sostenible de verdad, desde adentro, constituyendo no un híbrido en las RR.P. si no al contrario una profesión integra y consolidada de los factores sociales constituyéndola en una Ciencia de la Integración.

11) PEREZ SENAC, Román /SOLORZANO H. Emilio. Relaciones Públicas Superiores. Pág.186. 27

II.1.3.-El Público – sus Categorías

EL PÚBLICO-

En Relaciones Públicas la palabra público tiene un sentido especial. No es siempre un conglomerado homogéneo de personas, como podría ser en un momento para la publicidad general por ejemplo, sino un grupo de personas que tienen vinculación o efectos comunes entre sí, no necesariamente en contacto unos con otros, vinculados a las organizaciones de manera directa o indirecta, tanto dentro como fuera.

El público se forja a partir del contacto que tienen las personas con las organizaciones y sus acciones. El impulso motivador en las personas para constituirse en un público de una determinada organización, puede estar caracterizado por razones diversas de orden psicológico o social y generalmente ante la perspectiva también de satisfacer necesidades de diferente índole.

En los públicos de las RR.PP., los hechos no influyen igual en todos sus miembros, obligando a respuestas similares de éstos. Los individuos integrantes de un público afectado de igual modo pueden responder masivamente ciertas veces, como también individualmente, lo que obliga a un más minucioso trabajo de segmentación y caracterización del público. No podemos soslayar el hecho de que cada persona puede también reaccionar en función de sus características propias de temperamento, experiencia y personalidad, con lo que nos obligamos a un tratamiento prácticamente directo e individualizado muchas veces.

Todas las empresas u organizaciones están vinculadas directa o indirectamente con públicos o grupos de públicos de manera incluso simultánea.

La marcha de las organizaciones o empresas dependerá de cómo éstas puedan manejar y mejorar siempre sus relaciones con los varios tipos de públicos que atienden, de tal manera que la acción inicial dentro de las Relaciones Públicas debe ser la de identificar, clasificar, analizar y estudiar a los grupos sociales, que como público tiene la organización o entidad, para el establecimiento de óptimas Relaciones Públicas.

METODOLOGIA DEL TRATAMIENTO DE LOS PÚBLICOS.

El tratamiento del público en Relaciones Públicas consiste en aplicar un procedimiento con tres momentos o acciones:

Primera Acción- Identificación

Es muy importante que en principio se puedan determinar e identificar a los grupos sociales conformantes de los públicos de las organizaciones. Hay que determinar cuántos y cuáles son los públicos que constituyen una organización.

Segunda Acción- Caracterización y Evaluación de la Opinión

Una vez ubicados y clasificados los públicos se inicia el proceso de búsqueda o detección de las opiniones, actitudes e intereses y necesidades del público. Esta acción igual que la anterior se considera dentro del programa de investigación, en el primer paso del proceso de las Relaciones Públicas.

La caracterización de los públicos implica saber cuáles y cuántos son los públicos que tiene la organización. Cómo están constituidos, su naturaleza, cuáles son sus características, cómo están vinculados a la organización, cómo se ven afectados por el accionar empresario o institucional. Qué expectativas tienen para con la organización, cómo y qué acciones esperarían que los involucre.

Tercera Acción- Aplicación de Programas

Luego de conocer las particularidades de nuestros públicos podemos elaborar y luego aplicar programas específicos en función de las necesidades y características de cada grupo de público, haciendo uso de las comunicaciones para mantener informadas a las personas que integran los públicos haciéndoles conocer de la manera como serán afectados o de cómo se va a satisfacer sus intereses y aspiraciones, como consecuencia de su relación con la organización. Esto es lo que implica una garantía para obtener apoyo de los públicos.

El procedimiento de investigación que se aplica posteriormente para medir el grado de afectación de los públicos funciona como un efecto

retroalimentador que induzca al cambio o rectificación oportuna y necesaria a fin de que los programas que se aplican alcancen sus metas u objetivos propuestos en razón de sus argumentos motivadores contra los cuales se contrastan las realizaciones.

Públicos de una Organización Privada- Fuente INDECOPI

Público Interno

- Accionistas
- Trabajadores

(Se consigna la fuente para compararla con el resto de la Inform.).

Público Externo

- Clientes (consumidor-usuario)
- Proveedores
- Financistas
- Distribuidores
- Competidores
- Público Gubernamental
- Público de la Prensa
- Comunidad en General.

Clasificación de los Públicos por las características que los identifican

Metodología del Tratamiento de los Públicos

Identificación: Determinar e identificar a los grupos sociales conformantes de los públicos de las Org. ¿Cuántos y cuáles son?

Evaluación del Público: En Opiniones, Actitudes, Intereses y Necesidades.

Aplicación de Programas: En función de las características del tipo de público, aplicación de Planes, Programas, Proyectos, Actividades.

CLASIFICACIÓN DE LOS PÚBLICOS

Una clasificación: "Por la cercanía y el influenciamiento mutuos."

- Público relacionado directamente con la Organización.
- Público relacionado indirectamente con la Organización

Una clasificación: "Por el Nivel de Dependencia de la Organización".

Público Interno

Público Externo

Público Mixto

Público Directamente Relacionado con la Organización

Este grupo de Públicos está vinculado con la organización de manera directa, afectado por lo que en ésta ocurre, se caracteriza por una más estrecha relación con la organización y dentro de esta clasificación podemos hallar a los siguientes sujetos:

A- Accionistas (minoritarios / mayoritarios) y/o Financistas Internos.

B- Financistas Externos

C- Personal de la Empresa (Directivos, ejecutivos, profesionales, técnicos, administrativos y obreros)

D- Proveedores(Mayoristas y Minoristas)

E- Comercializadores(representantes, concesionarios, franquiciantes

F- Transportistas

G- Clientes, Consumidores, Compradores y/o Usuarios.

H- Familiares del Personal

I - Cesantes y Jubilados

Público Indirectamente Relacionado con la Organización

Este grupo de público está caracterizado por que se ve indirectamente afectado por el accionar de la empresa u organización y está constituido a su vez por grupos de individuos que pueden tener incluso escasa o nula vinculación entre sí. Y son los siguientes:

A- Poderes Públicos

B- Instituciones del Estado

C- Gobiernos Locales

D- Competidores

E- La Prensa (Los Medios)

F- Agrupaciones o Instituciones Culturales, Sociales, Deportivas, Científicas, de Beneficencia, etc.

G- Grupos Conductores y Generadores de la Opinión Pública

H- Vecinos de la Empresa u Organización

I - Comunidad en General(Público Potencial)

PÚBLICO INTERNO

Esta clasificación está referida más bien al área de influencia de las organizaciones con grupos de personas que están relacionadas directamente con la organización y cuya acción al interior de ellas les afecta, teniendo dependencia de las organizaciones estando dentro del radio interno y directo de su accionar. Mantienen estrecha dependencia, vínculos legales y laborales.

A- Accionistas (Financistas Internos, Empresarios)

B- Directores (para el caso de las Instituc. Públicas)

C- Ejecutivos- Directivos en general (alta dirección.)

D- Empleados en general (Profesionales, técnicos y administrativos) o Servidores (municipio).

E- Obreros

F- Jubilados y Cesantes.

PÚBLICO EXTERNO

Es aquel público que se encuentra fuera del radio de acción o de influencia directa de las organizaciones, al punto que incluso pueden actuar independientemente de ellas (cosa que no es deseable en una estrategia de RP). Al contrario, habrá que interesarlo, acercarlo, fidelizarlo, incorporarlo considerarlo, darle su lugar, escucharlo y luego de conocerlo..... ¡Actuar!

A- Clientes, Consumidores o Usuarios.(efectivos y potenciales)

B- Familiares del Personal

C- Proveedores(mayoristas, minoristas)

D- Services

E- Acreedores - Deudores

F- Distribuidores, Comercializadores, representantes, franquiciantes, Concesionarios.

G-Transportistas (pasajeros, carga)

H- Competidores

I- Financistas Externos (Bancos, financieras, mutuales, cooperativas, aseguradoras, reaseguradoras, etc.)

J- El Gobierno y sus Instituciones, los Gobiernos Locales.

K- La Prensa (los Medios)

L- La Comunidad en general -(El Público Potencial)

PÚBLICO MIXTO

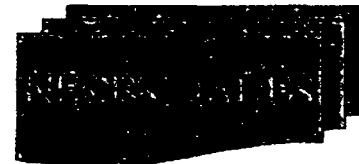
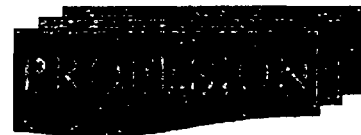
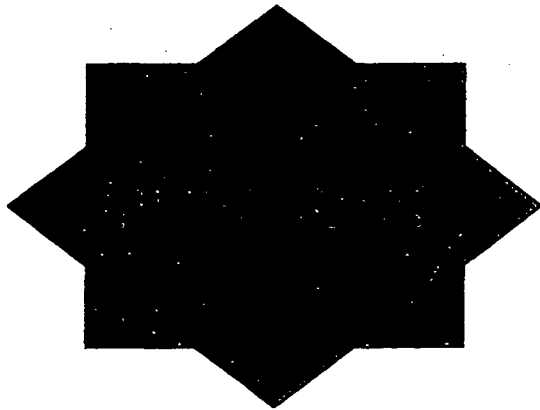
Está constituido por personas que pertenecen a diversos grupos de público simultáneamente, pero con énfasis en la relación directa que mantiene con la organización.

Ejemplo:-Accionista de Telefónica-Directivo o empleado-Usuario

A esta clasificación también la denominan como público indeterminado.

Clasificación de los Públicos por las características que los identifican

34



DETERMINACIÓN DE LOS PÚBLICOS

Para una Estrategia de Tratamiento de los Públicos desde una Gestión de Relaciones Públicas

Determinación de los Públicos

¿Cuáles y Cuántos son los Públicos que tiene la Organización?

¿Cómo están constituidos?-Su Naturaleza

¿Cuáles son sus Características?

¿Cómo están vinculados a la Organización?

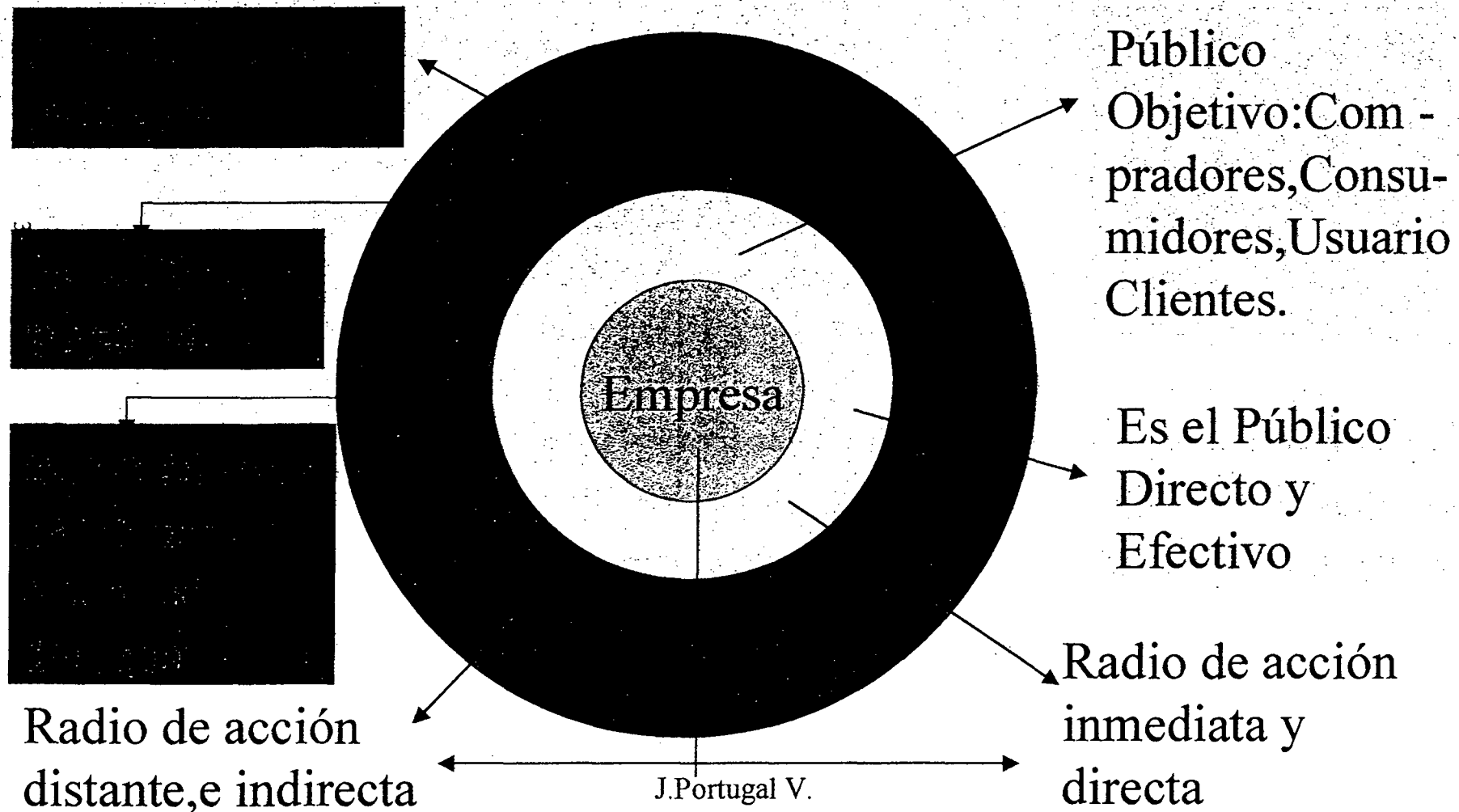
¿Cómo se ven afectados por el accionar empresario y/o Institucional?

¿Qué expectativas tienen para con la Organización?

¿Cómo y qué acciones esperarían que los involucre?

CONOCER AL PÚBLICO ES LA CLAVE DEL ÉXITO

Calificación e Identificación de los Públicos de una Organización



II.1.4.-La Opinión Pública – su Investigación

LA OPINIÓN PÚBLICA

Como muy claramente lo manifiesta Howard Stephenson (12). La Opinión Pública constituye a la vez la materia prima y el producto final de las Relaciones Públicas.

Se establecen como objetivos de las Relaciones Públicas y con referencia a los públicos: cambiar o neutralizar las opiniones adversas, formalizar las opiniones vagas, es decir lograr que las opiniones se cambien a nuestro favor cuando no tienen el sustento o argumentos necesarios para que así suceda, y finalmente tratar de conservar o consolidar las opiniones favorables.

William J. Reilly (13) dice al respecto de las Relaciones Humanas: "Existen sólo dos maneras de poder lograr que una persona haga lo que deseamos, la primera es la persuasión, la otra es la fuerza. Cuanto más inteligente sea una persona, más se inclina a emplear el método de la persuasión y a desistir del empleo de la fuerza en nuestras relaciones con los demás".

Siguiendo este mismo pensamiento, Cutlip y Center dicen: "La misión del profesional de Relaciones Públicas es la de influir en la opinión pública. Existen dos medios básicos para lograr que el público haga lo que uno quiere: La presión y la persuasión."

Definiendo a la Opinión Pública se dice que es un conglomerado de nociones, creencias, fantasías, aspiraciones y prejuicios contradictorios. Es confusa, incoherente, amorfa y está sujeta a variaciones diarias. Pero en este medio de diversidad y confusión, toda cuestión importante queda sujeta a un proceso de consolidación y esclarecimiento del que en última instancia emergen y toman ciertos puntos de vista o conjunto de puntos de vista relacionados entre sí, sustentados y mantenidos en común por un cuerpo o cuerpos de ciudadanos. Y cuando hablamos de la opinión pública nos referimos siempre al poder ejercido por tales puntos de vista cuando los mantiene una mayoría aparente de ciudadanos.

12) HOWARD, Stephenson. Relaciones Públicas. Pág. 37

13) REILLY, William J. Relaciones Humanas venturosas. Pág. 15

Para el Webster's New Collegiate Dictionary, "la Opinión Pública es un punto de vista, juicio o evaluación que se forma en la mente, con relación a un asunto particular, una opinión es más fuerte que una impresión y más débil que un conocimiento positivo". Implica una conclusión pensada y que está sujeta a una discusión. Una opinión más o menos fundada es un sentimiento y si se mantiene firmemente, una convicción. Un punto de vista es una opinión más o menos matizada por la inclinación.

Cuando nos referimos a la Opinión Pública, también nos estamos refiriendo a una característica de la sociedad y sus individuos, que consiste en comunicarse, transmitir sus puntos de vista. Hechos, temores, experiencias, etc. En suma, opiniones de todo lo que ve, siente y escucha, opiniones que van inobjetablemente conduciendo al sujeto hacia determinadas conductas y más aún a determinada formación.

OPINIÓN PÚBLICA – SUS DEFINICIONES.

El profesional de las Relaciones Públicas tiene una tarea constante de iniciar, conducir, cambiar, acelerar o aminorar las inclinaciones o tendencias de los grupos sociales y sus opiniones.

En las Oficinas de Relaciones Públicas el conflicto es cuestión que significa trabajo, es decir que permanentemente se está sujeto a la búsqueda de mecanismos que puedan permitir el retorno de la estabilidad y la armonía en las relaciones de las gentes, o de los grupos que con su accionar van ejerciendo influencia en el ámbito interno en las organizaciones o de aquellos otros grupos cuyas corrientes de opinión no puedan ser complementarias unas de otras.

Alguien piensa sobre la Opinión Pública y dice: "la presión que ejerce la opinión pública es comparable a la de la atmósfera, no se la puede ver, pero no por ello deja de pesar dieciséis libras por pulgada cuadrada".

El poder de la opinión pública lo aceptamos todos, no podemos dejar de lado este factor o variable en el estudio de la conducta humana y de los grupos sociales en las Relaciones Públicas. La Opinión Pública es la suma de las opiniones individuales frente a un asunto o hecho controvertible, que se debate públicamente y que afecta a los grupos sociales.

La opinión pública indudablemente es también la "cultura de un pueblo", en un sentido más amplio, en donde se reflejan actitudes individuales y grupales como respuesta unitaria que ha aprendido a ejercitar sobre las cosas que lo rodean. Costumbres, modismos, tradiciones, lenguaje, etc. Que con el correr del tiempo se internalizan en las actitudes de las personas.

H. Razier Moore y Bertrand R. Canfield dicen que "la opinión pública es una expresión de una creencia que tienen en común los componentes de un grupo o público sobre un suceso controvertido de importancia general".

Pero para llegar con consenso o unanimidad de criterio tienen que subordinarse las opiniones individuales que medianamente puedan tener ciertas condiciones disímiles o como se denomina "matices de opinión".

Si la opinión pública es el consenso de las opiniones individuales, entonces la opinión pública obtiene la fuerza de los individuos. Siendo necesario contar con el apoyo, comprensión y acción de los individuos para el logro de cualquier objetivo, esto sólo se podrá lograr a partir de su persuasión y de su organización.

LOS PRINCIPIOS DE LAS RELACIONES PÚBLICAS PARA LA PERSUASIÓN

En el importante tratado de Relaciones Públicas escrito por los autores norteamericanos Cutlip y Center ya mencionados anteriormente, encontramos estos "Principios de la Persuasión" basados en hechos experimentales de varios investigadores en ciencias sociales:

1. Para lograr el cambio de actitud es necesario primero proponer el cambio y recibir la consiguiente aceptación. "La aprobación del Mensaje", es un factor crítico de la comunicación persuasiva.
2. Si hay armonía entre la propuesta y las normas y lealtades de grupo, existirán más probabilidades de que aquella se acepte.
3. Cuando la propuesta toma en consideración las necesidades e impulsos circunstanciales de la personalidad, tiene más posibilidades de ser aceptada.

4. La propuesta se acepta con más rapidez cuando se considera que sus fuentes son fidedignas y facultativas.
5. La propuesta presentada a través de los medios de comunicación masiva y reforzada por los medios de comunicación personal tiene más probabilidades de ser aprobada que la que se propone exclusivamente mediante uno de dichos medios, aun cuando las demás condiciones sean las mismas.
6. El cambio de actitud tiene más probabilidades de producirse cuando la propuesta va acompañada por otros factores determinantes de las creencias y de la actitud. Ello está relacionado con la evolución del medio ambiente, lo que favorece la aceptación.
7. Cuando se manifiestan las conclusiones explícitamente en lugar de dejar que el auditorio llegue a ellas por sus propios medios, la opinión evolucionará probablemente en la dirección deseada.
8. Cuando el público se muestra amistoso, o si se presenta a su consideración una sola posición, o bien se desea un cambio de opinión inmediato, aunque temporal, es más efectivo exponer solamente el argumento desde el propio punto de vista.
9. Si el público se muestra desacorde, o si cabe la posibilidad de que conozca el otro aspecto del argumento por intervención de otros informadores, conviene exponerle ambos aspectos del mismo.
10. Cuando se propone dos puntos de vista igualmente interesantes de forma consecutiva el último que se menciona será probablemente el más efectivo.
11. A veces las sugerencias emocionales dan más resultados que los mensajes basados en los hechos. Todo depende del tipo de mensaje y de auditorio.
12. Las amenazas declaradas son, en general, menos efectivas que las veladas. Cuando se trata de provocar un cambio en la opinión.
13. El cambio de opinión deseado puede evaluarse mejor transcurrido cierto periodo después de la comunicación, que a raíz de efectuarla.

14. Suele suceder que las personas que deseáramos que se encontraran entre nuestro auditorio raramente están. Ello se debe a que el individuo suele practicar la censura de la atención.
15. Las comunicaciones recibidas de fuentes que a juicio de los oyentes son poco fidedignas, producen "efectos aletargadores" en el público. En algunos casos el tiempo ha servido para borrar el recuerdo de la fuente sospechosa y dar validez a parte de la información.

LOS PRINCIPIOS DE LAS RELACIONES PÚBLICAS PARA INFLUIR EN LA OPINIÓN PÚBLICA.

Si la misión del profesional de Relaciones Públicas es la de influir en la opinión pública, contando para este efecto con el uso de la razón y la persuasión, será bueno que también revisemos entonces los cuatro principios de las Relaciones Públicas que Earl Newson (RP. Cutlip and Center) plantea, en su afán de hacer más efectiva esa capacidad de influencia en la opinión pública: (14)

1. Principio de la Identificación

El público desdeñará una idea, una opinión o punto de vista siempre que no vea con claridad la forma en que éstos afectan a sus temores o deseos personales y a sus esperanzas o aspiraciones.

2. Principio de la Acción

El público no admite ideas ajenas a la acción. Esta puede corresponder al patrocinador de la idea o al propio público, con el propósito de comprobar el mérito de esa idea.

3. Principio de la Familiaridad y la confianza.

Nosotros, el público, admitimos solamente las ideas de aquellos en quienes confiamos, cuando las opiniones y puntos de vista proceden de individuos, corporaciones o instituciones de nuestra confianza. Nos dejamos influir por ellos e incluso los adoptamos.

4. Principio de la Claridad

La situación debe parecerse clara, sin confusiones, todo lo que observamos, leemos, vemos o escuchamos, es decir todo lo que produce en nosotros una impresión ha de ser claro y no debe estar sujeto a diversas interpretaciones.

II.1.5.-Diferencias entre Relaciones Públicas, Publicidad, Propaganda, Periodismo, Promoción de Ventas, Información Publicitaria, Publicidad Institucional y Publicidad de Prestigio.

Una buena forma de aclarar el panorama confuso de las funciones de Relaciones Públicas es definiendo o explicando los objetivos, funciones y características de aquellas actividades vinculadas directamente a las Relaciones Públicas, como son: la propaganda, la publicidad, el periodismo, la promoción de ventas, la información publicitaria, la publicidad institucional y publicidad de prestigio.

Publicidad

“La publicidad es una forma vigorosa de comunicaciones que influye en las personas, llama la atención sobre sí misma, es comunicación pagada que a través de los diferentes medios publicitarios efectúan las empresas comerciales, organizaciones lucrativas y de otro tipo, buscando generalmente conducir con el tiempo a una venta”. (15)

La publicidad puede ser muy cuestionada en cuanto con sus mensajes influye persuasivamente a la gente, generando necesidades superfluas o no imprescindibles, muchas veces; procurándoles frustraciones en caso de que no pudiesen satisfacer esas necesidades. Se dice que la publicidad es alienante creando conceptos e imágenes falsas, sin embargo, también podemos juzgar a la publicidad desde el punto de vista de nuestras experiencias; si el mensaje publicitario que vemos afecta nuestra ética o moralidad, consideramos la publicidad como algo

15) PORTUGAL, José. Relaciones Públicas y Ciencias Sociales. Pág. 46

nocivo, si vemos un anuncio que es falso, pensamos que la publicidad es mala, y si el mensaje nos permite saber como satisfacer una necesidad, la publicidad es buena.

La diferencia de la Publicidad frente a las Relaciones Públicas es que esas últimas solo administran verdades y realidades. En cambio la publicidad quizás no miente pero tampoco está hablando con la verdad, ya que su fin último es vender productos y servicios

Información Publicitaria

“La publicidad puede confundirse con la información publicitaria, esta última sirve para persuadir a través de mensajes, a mirar de un modo favorable una idea o un servicio, aunque con el tiempo la venta del producto y el uso del servicio se verifiquen (merchandising)”. (16)

Existe una diferencia importante entre la publicidad y la información publicitaria. La información publicitaria no se paga según tarifas fijas y no necesariamente identifica al patrocinador. La información publicitaria puede aparecer sin que se le identifique como tal, en un editorial, en un artículo de opinión o intercalándose entre los programas diversos de radio y televisión.

La información publicitaria normalmente es utilizada como complemento de la publicidad, para reforzar su impacto en el público.

~~Las Relaciones Públicas~~ son confundidas muy a menudo con la Publicidad y la Información Publicitaria, ya que emplea instrumentos y procedimientos cuyo objetivo es fomentar las más óptimas relaciones con los diferentes públicos de la empresa u organización, motivando, persuadiendo y comunicando mensajes.

Publicidad Institucional o de Prestigio.

Las Relaciones Públicas pueden hacer uso de la publicidad por cierto, más creemos que existe una variante de ésta, que prácticamente es de exclusividad de las Relaciones Públicas, nos referimos a la publicidad

16) PORTUGAL, José. Relaciones Públicas y Ciencias Sociales. Pág. 47

institucional o publicidad de prestigio, que no intenta inicialmente una venta, no compra necesariamente espacios en los medios, aunque al final pueda contribuir a elevar la cifra de las ventas o al uso de servicios afianzando, consolidando el grado de confianza, entendimiento y comprensión recíproca entre la organización y sus públicos.

La Publicidad Institucional o de prestigio se puede confundir, en todo caso, con la propaganda, que acude a mensajes tendientes a generar respuestas conscientes más que a reacciones de los sentidos, meramente físicos (caso de la publicidad).

“La publicidad institucional tiene como fin el consolidar la imagen o concepción mental que el público tiene respecto de una organización mostrándola tal como es, de tal forma que Relaciones Públicas es un ejemplo que refleja el interior de una organización y lo proyecta hacia el exterior y viceversa”. (17)

Promoción de Ventas

“A la promoción de ventas también se le confunde con las Relaciones Públicas y con la Publicidad. Esta consiste en el conjunto de actividades que más bien complementan a la Publicidad y a la venta propiamente dicha”. (18)

En nuestro medio es común hallar a las “Animadoras de Ventas” o “Impulsadores de Venta”, personas que por medio de la degustación de productos, por ejemplo, o la demostración de su uso, intentan persuadir al potencial público consumidor o usuario de determinado producto o servicio a comprarlo o usarlo.

La distribución y venta del producto bajo la modalidad “casa por casa” con oferta en el precio, es también promoción de ventas.

La participación de productos o fabricantes, distribuidores o comerciantes mayoristas en ferias y exposiciones, es típicamente

17) PORTUGAL, José. Relaciones Públicas y Ciencias Sociales. Pág. 47

18) PORTUGAL, José. Relaciones Públicas y Ciencias Sociales. Pág. 48

promoción de ventas, las demostraciones de bondades del producto y otras acciones similares son Promoción de Ventas, en fin la Publicidad sí puede confundirse con la Promoción de Ventas, pero creemos que no con las Relaciones Públicas.

La promoción de ventas tiene el objetivo de: lograr una venta en definitiva, a mediano o largo plazo, en cambio las Relaciones Públicas no tiene por finalidad vender nada a corto, mediano ni a largo plazo; si su gestión permite una venta, esa acción en el cliente (la compra), habrá sido objeto de un proceso de racionamiento formal, al más puro estilo persuasivo consciente, lo que significa que no solo se ha logrado un cliente, sino un cliente amigo, que nos comprende y entiende, que nos apoya y que tiene confianza en nosotros como empresa o institución.

Propaganda

La propaganda es un pariente muy cercano de las Relaciones Públicas, en cuanto al uso de la comunicación persuasiva, al menos.

Se dice que la propaganda difunde ideas o doctrinas a diferencia de la publicidad que vende productos. Se dice también que se trata de la técnica para asegurar el conocimiento público sobre alguien o algo.

“En verdad, la propaganda busca a través de la comunicación generar en los receptores de sus mensajes, respuestas conscientes producto de la convicción o fe y la credibilidad sobre las cosas o personas que intervengan en este proceso de comunicación. Lo que busca la propaganda es encuadrar el marco de diferencia del emisor y el receptor, el hallar un balance (presión sobre el receptor) entre la ética y los valores de quienes intervienen; solo que todo este proceso no permite la posibilidad de deliberación o razonamiento en libertad, hay exigencia, persuasión coactiva, presión al receptor a escoger la respuesta ya sugerida, la actitud exigida, el razonamiento de consigna o dogmático”. (19)

19) PORTUGAL, José. Relaciones Públicas y Ciencias Sociales. Pág. 49

El Periodismo

“El periodismo básicamente informa, comenta e interpreta los hechos o las noticias. Utiliza la comunicación informativa (clasificación desde el punto de vista de los objetivos de la comunicación - comunicación informativa, comunicación persuasiva)”. (20)

Sin embargo la noticia que llega a los receptores puede producir en ellos también una reflexión, una actitud de conciencia de los hechos, finalmente permitiendo una opinión individual. Esto quiere decir que la clasificación de comunicación informativa y comunicación persuasiva tiene su explicación para fines didácticos, más no es excluyente una de otra, porque al final ambas formas de comunicación influyen en el sujeto receptor para la consolidación de una idea, un concepto y por último una actitud frente a la noticia, el hecho o interpretación de hechos y noticias. El periodismo hace uso de la comunicación al igual que las Relaciones Públicas, más los objetivos son diferentes.

El interés del periodismo es informar, comentar e interpretar los hechos. En cambio las Relaciones Públicas, no solo informa, comentan e interpretan los hechos, sino que con todo esto asesoran u orientan a las organizaciones para el establecimiento de lineamientos de políticas a seguir con la finalidad de afianzar las relaciones entre las organizaciones y sus diferentes tipos de públicos sustentados en una filosofía, la filosofía y doctrina de las Relaciones Públicas.

II.1.6.-La Responsabilidad Social

Al revisar los objetivos fundamentales de las Relaciones Públicas, como las conocemos y defendemos nosotros, encontramos que significan las “Conductas recíprocamente solidarias, empáticas, que promueven la integración en todos los niveles y estratos sociales, creando condiciones de confianza y fe en la interacción, permitiendo así un mejor conocimiento y entendimiento del mundo humano que nos rodea, tanto si fuésemos personas o integrásemos instituciones o empresas con

responsabilidades frente a terceros o ante la necesidad de búsqueda de apoyo a las organizaciones en pro de un interés común, apriorísticamente legítimo, que las identifica acerca y regula su relación” (21). Las Relaciones Públicas principalmente están basadas en verdades y realidades, es decir que apuntan y promueven la ética y los valores de nuestra sociedad en general. Esto quiere decir aceptación, entendimiento y respeto por los derechos de los demás, empresas, organizaciones, comunidad o ciudadanía, gobierno, autoridades, público en general.

Las Relaciones Públicas como función de asesoramiento deben influir en una política de balance justo de beneficios para todos recibiendo como contrapartida lógica y además también justa el entendimiento y la más óptima voluntad y apoyo al desarrollo. Eso creo es hacer “buenas relaciones públicas”.

Personalmente creo, que ese derecho a intervenir en el diseño de la política ya lo hemos ganado, solo falta consolidarlo y potenciarlo, pero eso igualmente significa profesionalidad, competencia y solvencia de aptitudes y conocimientos, permanente reciclaje, ardua contrastación de experiencias, niveles académicos de enseñanza y aprendizaje acordes a las necesidades de nuestra realidad.

La confianza pública en las organizaciones es algo que se debe ganar y mantener como fundamento indispensable para conseguir la simpatía, la comprensión y apoyo de nuestro público.

La retribución del trabajo no se puede abandonar enteramente a las leyes del mercado, no se puede fijar tampoco arbitrariamente, debe determinarse con justicia y equidad. Por cierto que en función de la riqueza disponible que igualmente será variable al contexto de cada organización y al momento en que se otorga.

Debiéramos entender que el desarrollo económico debe ir acompañado y proporcionado con el progreso social, de manera que el incremento de la productividad pueda favorecer a todos.

La riqueza de un pueblo no la constituye la abundancia de sus bienes, sino la real y eficaz distribución que de ellas se hacen, garantizando el desarrollo de las personas y de la sociedad, entendiendo solo así el verdadero fin de la economía.

En nuestro plano nacional, el esfuerzo debe estar dirigido al objetivo del bien común. Todos debemos preocuparnos para hallar trabajo para un mayor número de personas, evitar que se constituyan categorías privilegiadas, mantener adecuadas proporciones entre salarios y precios, a la par que permitir que los bienes y servicios estén al alcance de todos los ciudadanos.

Hoy nuevamente esta de moda la palabra y el concepto de la concertación, pero que a nivel de las organizaciones debemos entender como la comunidad de personas, en las relaciones, en las funciones y en la conciencia de posición de todos los que se vinculan a ella. Pero igualmente esto exige que las relaciones entre empresarios y trabajadores y dirigentes lleven el sello de respeto, la estima, la comprensión, la lealtad y la activa colaboración en el trabajo como interés y obra común, posibilitado por el aporte y entrega eficiente y sincera, algo así como "La Casa de Cristal", es decir nada en la empresa debe ser secreto, nada debe ocultarse, toda la gestión y el desarrollo del trabajo deben ser cristalinos, transparentes.

Desarrollo significa preocupación por el progreso social como por el crecimiento económico. Pero no es suficiente incrementar la riqueza común y repartirla equitativamente. No es suficiente que la tecnología haga a la tierra más habitable y más humana. El desarrollo no tiene sentido sino desarrolla primeramente al hombre, la economía y la técnica deben servirlo.

El hombre no es verdaderamente hombre, sino es en la medida en que es dueño de sus acciones y juez de su valor, autor de su propio progreso.

Solo es libre quien busca la verdad y la justicia.

Solo es libre quien es verdadero consigo mismo y con los demás.

Nada es valioso ni puede construirse sin el calor humano que tan raras veces conocen los malos políticos, los falsos comerciantes o los poco inteligentes e ineptos administradores de empresas públicas y privadas. Las Relaciones Públicas no pueden entonces ser "Persuasión clandestina", es decir, acondicionar a las personas y a sus espíritus a una "maleabilidad" peligrosa que permita manipularlas. Las Relaciones Públicas en cuanto a comunicación, no son una propaganda que "empaquete" a sus receptores, que invada totalmente el inconsciente de las personas; no consiste en fabricar mentes, sino más bien permitir al hombre convertirse en un ser racional, capaz de dirigirse a sí mismo. Tengámoslo muy presente; debemos esforzarnos por proteger ese derecho sublime a la libertad, no podemos "violar las conciencias" ésta es nuestra responsabilidad. No disfracemos las verdades y las realidades. Debemos respetar y salvaguardar la dignidad de la persona humana y reconocer que cada individuo tiene el derecho de formarse él mismo su propio juicio. Debemos abstenernos, de subordinar la verdad a todo otro imperativo, de actuar o atentar contra la moral, la honestidad, la dignidad y la integridad de la persona humana. Así entiendo la responsabilidad social de las organizaciones en el ejercicio de las Relaciones Públicas.

II.1.7.- Las Relaciones Públicas como Filosofía y Función de la Gerencia en las Organizaciones

Aceptamos que la creación de las empresas, especialmente, tiene un elemento motivador inicial – el afán de lucro- que presiona al empresario común y corriente.

El hacer dinero representa en ciertos esquemas económicos, progreso, bienestar, desarrollo, felicidad, etc., no lo podemos negar. Es cierto que la riqueza trae consigo mejoramiento, más no olvidemos que eso no es lo único que buscamos, entendiendo a este mejoramiento como algo ligado al bien material, riqueza física y como creemos, todos los seres humanos también estamos constituidos de una esencia material, no física sino espiritual.

La riqueza del ser humano no está en su estructura física, que puede ser perfecta, sino en su alma, su espíritu, lo que en definitiva le permitirá crecer. No físicamente sino humanamente, es decir, vinculado a un proceso de toma de conciencia, inteligente en el que la convivencia social o interacción social es el medio y la comunicación el instrumento.

Podremos hallar grandes posibilidades de aceptación social, es decir adaptación a nuestro medio físico – social, cuando la existencia de otros seres humanos como nosotros, nos importe o interese. A esto le llamamos “filosofía social”. Cuando lo que hagamos esté previamente retroalimentado, es decir que nos hayamos puesto a pensar en la influencia que ejercerá en las demás personas lo que digamos, lo que hagamos, cómo afectamos a los demás con nuestra presencia. Estoy diciendo en otras palabras el tener en cuenta a los demás, él desembarazarnos de una actitud egoísta y mezquina, para aceptar y defender también otros intereses, los intereses de quienes nos rodean.

Si esto lo trasladamos a las empresas u organizaciones, quiere decir, aceptación, entendimiento y respeto por los derechos de los demás: empresas, organizaciones de cualquier tipo, comunidad o ciudadanía, gobierno, autoridades, público en general.

Cuando iniciamos este ítem dijimos que el factor generador de la empresa, en especial, era el afán de lucro. Ahora podemos decir que si bien es cierto el fin de lucro es la meta del empresario: no olvidemos que esa meta solo se podrá alcanzar, en todo caso, si la empresa goza del apoyo de los diferentes y distintos grupos sociales a quienes influye y que será todo este contingente humano, quien con su respaldo posibilitará el alcance de esos objetivos.

Las empresas u organizaciones tienen una “Responsabilidad Social” con los públicos a quienes afectan, directa e indirectamente.

El derecho a existir de las organizaciones lo otorga sólo el público. En otras palabras si el público no lo quiere, simplemente estamos destinados al fracaso. Por cierto que éste “no querer” del público, es algo mucho más complejo que el solo enunciado.

Las organizaciones son entes conformantes de la sociedad como un vecino más y su presencia no-solo al objetivo de su existencia, visto

desde una posición mercantil, sino sobre todo a como pueda éste vecino jugar un rol que permita la satisfacción de necesidades de la comunidad en la cual se alberga, repetimos nuevamente, la función y responsabilidad social de las organizaciones.

Las organizaciones funcionan para satisfacer necesidades de empleo, sueldos y salarios, ingresos, productos y mercancías, servicios y demás satisfacciones sociales y espirituales.

El servicio al público es el principio fundamental que adoptamos en las Relaciones Públicas, como una filosofía y una función, la función social de la gerencia.

Paul W. Garret, pionero de las Relaciones Públicas modernas decía: "Relaciones Públicas es una actitud fundamental de mente, una filosofía gerencial, que deliberadamente y con resplandeciente egoísmo, sitúa en primer plano los diversos intereses del público en cada decisión que afecte la operación de un negocio". (22)

Cuando el público sabe que una empresa u organización está permitiendo que con su accionar se satisfaga las necesidades de quienes se ven involucrados con la organización y en función al nivel de su competencia, la apoyarán indiscutiblemente, con mano de obra, capacidad profesional, protección y seguridad, consumo de sus productos o utilización de sus servicios, en suma "Un buen clima para hacer negocios" como lo dice B. Canfield del Babson Institute of Business Administration.

Pero además diríamos nosotros que el público apoyará, entenderá y contribuirá al desarrollo siempre creciente de las organizaciones o empresas cuando por encima de saber que posibilitan satisfacer necesidades públicas inherentes a su accionar, cumplen con sus deberes del buen vecino, pagan sus impuestos al Estado, respetan las leyes, gozan de utilidades adecuadas y justipreciadas, reparten su riqueza entre quienes la consiguen, la comparten, proporcionan trabajo a la comunidad, contribuyen al bienestar público y comunitario, mantienen obras de caridad y beneficencia y respetan los derechos de los demás.

Si ingresáramos a adquirir un producto de cierta empresa y por casualidad nos enteramos que evade sus impuestos, que se aprovecha de la crisis para incrementar sus ganancias, que venden sus productos sobre valorados, que acapara y especula, seguramente lo pensaríamos dos veces para regresar al mismo negocio y adquirir nuevamente sus productos. Aunque debiéramos decir también, que si se trata de una empresa monopólica prácticamente no tendríamos alternativa de escoger.

Esto último ocurre con el Estado, gran empresario que no oferta sus productos y servicios sino que los impone no existiendo competidor, sus movimientos se dan libres; de igual modo en el caso de las grandes empresas trasnacionales o multinacionales que monopolizan sus productos o servicios o que pueden tener la capacidad de controlar todo a su alrededor, fijando precios, estableciendo normas del juego a fin a sus intereses.

Las Relaciones Públicas, deben aquí tomar parte de su gestión asesora para internalizar en las organizaciones y empresas una política de "Balance justo de beneficios para todos", recibiendo como contrapartida lógica y además también justa el entendimiento y la más óptima voluntad y apoyo a su accionar y desarrollo. Eso es hacer buenas Relaciones Públicas.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

II.2.-Cultura y Estructura Organizacional .

El 31 de Mayo de 1939, durante el Gobierno del Mariscal Oscar R. Benavides, mediante el Decreto Supremo N° 749, se ordenó la construcción de un establecimiento anexo, dedicado de modo especial y exclusivo para la asistencia de los enfermos de tuberculosis en la población infantil de menores recursos.

Para este fin, en un noble gesto altruista, la familia Alvarez Calderón cedió un terreno de 41,749 metros cuadrados, ubicado en el valle del río Chillón al norte de Lima. Gracias a esto, el 15 de agosto de 1940 por Resolución Ministerial N° 860, el nuevo establecimiento de salud abrió sus puertas al público, bajo la administración de la comunidad religiosa de las "Hermanas Carmelitas", con el nombre de Preventorio N° 01 de Collique.

Con el correr del tiempo, durante el período 1950-1955, el Preventorio incrementó su infraestructura física y administrativa creándose los servicios de lavandería, cocina, servicios generales, almacenes, planta de tratamiento de agua y calderos.

Conjuntamente con esto, se dieron invaluables iniciativas y mejoras en el campo de la investigación científica y la organización hospitalaria, lo que motivó una creciente demanda de la comunidad y la mayor captación de pacientes, interesados por el diagnóstico precoz de la tuberculosis; todo esto hizo posible el aumento del número de camas, por lo que mediante la Resolución Ministerial del 06 de Mayo de 1959, el Preventorio se convirtió en el "Sanatorio de Collique", con una capacidad de 300 camas, equipándose convenientemente para el tratamiento de enfermedades respiratorias.

Para el año 1966, el ritmo de crecimiento y desarrollo de la institución no se detiene. La creciente demanda permitió que se adopte un nuevo nivel, pasando a llamarse "Hospital Infantil de Collique",

entidad hospitalaria modelo, desde donde se operaron nuevos métodos en material de lucha contra la tuberculosis.

Así el Hospital Infantil de Collique comenzó a brillar con luz propia, desarrollando sus propios medios de exploración para los exámenes especiales que realizaba. Sin embargo, pese a esto, aún carecía de un centro quirúrgico, por lo que dependía del Hospital Bravo Chico para complementar el tratamiento del niño tuberculoso, que requería tener doce años para poder ser atendido en este nosocomio

Durante 1970, como parte del proceso de transformaciones que vivía el país, el Hospital Infantil de Collique dio los pasos necesarios para constituirse en un Hospital General, pasando a ser el Hospital Base N° 09.

Años más tarde, en 1982, toma el nombre de Hospital Sergio E. Bernales, en memoria del destacado maestro y científico de la carrera médica del mismo nombre, a iniciativa del Cuerpo Médico del Hospital, durante la gestión Ministerial del Dr. Uriel García

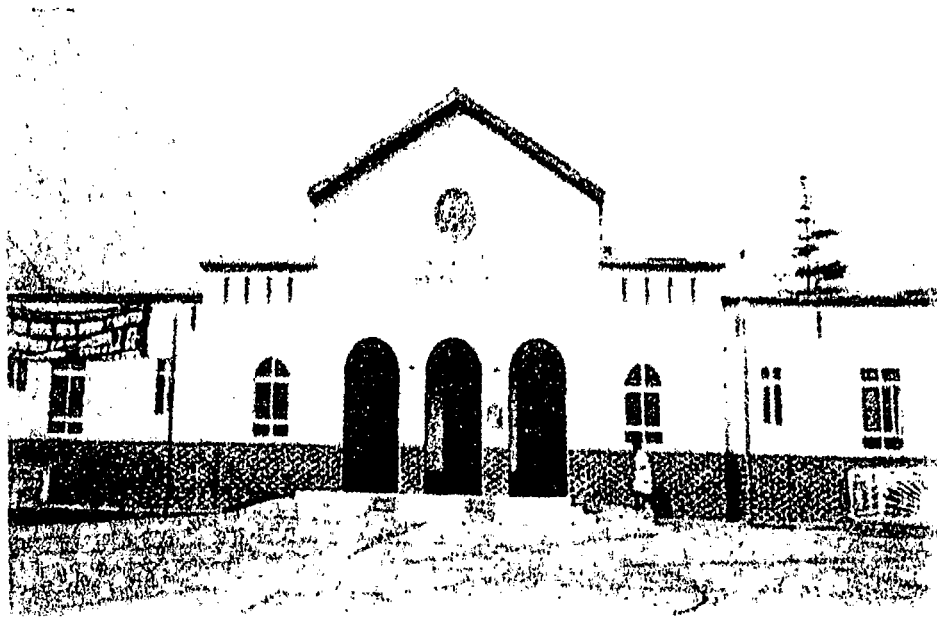
Descripción del Hospital

Nombre:	“Hospital Nacional Sergio E. Bernales”
Ubicación:	Av. Tupac Amaru Km.14,500. Comas
Inscripción:	Decreto Supremo N° 749 del 31 de Mayo de 1939
Área Terreno Inicial:	606,285.52 m2.
Area techada:	14,346.15 m2.
Sótano:	88,50 m2.
Primer Piso:	13,590.90 m2.
Segundo Piso:	666,75 m2.
Área entre construcciones:	8,358.90 m2.
Área Libre:	578,100.47 m2.
Perímetro:	Por el frente: Av. Túpac Amaru 404.50 Mtl. Lateral derecho: 486.41 Mtl. Lateral izquierdo: 486.41 Mtl. Por el fondo: 134.50 Mtl

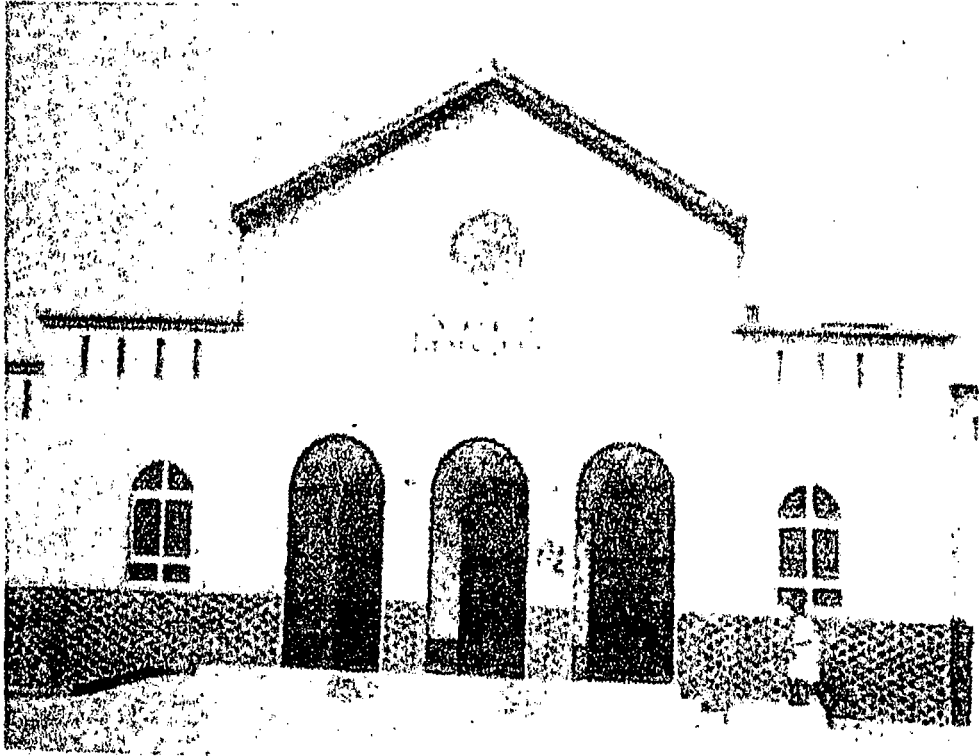
Hospital Nacional Sergio E. Bernales



Foto Panorámica



Fachada del Hospital



Fachada y
Hall
Central del
Hospital

El Hospital Nacional "Sergio E. Bernales" es un establecimiento de salud que brinda la atención general y especializada en los servicios de Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización.

De acuerdo con los indicadores para la clasificación de hospitales (grado de complejidad, número de camas y ámbito geográfico de acción), el Hospital Sergio E. Bernales debe ser considerado como un Hospital Tipo III, toda vez que brinda atención integral general en las áreas de Medicina, Cirugía, Pediatría, Ginecología, Obstetricia y Odontología, contando para ello con una capacidad de 438 camas.

En cuanto a su ámbito de acción, brinda atención no sólo a pacientes de las zonas circunscritas como son los Distritos de Comas, Independencia, Carabayllo, Puente Piedra, San Martín de Porras y la Provincia de Canta, si no que va más allá, abarcando algunos distritos de la Gran Lima.

Circulación y Accesos

La arquitectura es horizontal, en bloque de un piso en su mayoría. En todos los ambientes se observa el deterioro físico de pisos, muros, cielos rasos y del conjunto hospitalario en general, por los prolongados años de usos y la falta de recursos para su conservación.

El acceso al Hospital se efectúa normalmente por la puerta principal en la Av. Túpac Amaru; se cuenta con un segundo acceso por la misma avenida para el Servicio de Emergencia.

El esquema de circulación interna se presenta de manera poco ordenada, con el consecuente descontrol de los flujos existentes, circulaciones redundantes e interferencia de actividades.

Instalaciones Eléctricas

El Hospital cuenta con tres grupos electrógenos para emergencias.

Instalaciones Sanitarias

El abastecimiento de agua lo proporciona un pozo en San Felipe de manera irregular, en la actualidad se cuenta con cisternas y un pozo de propiedad del hospital que garantiza el flujo continuo. El sistema de agua caliente está inoperativo. El tendido de la red del sistema contra incendios sólo atiende una tercera parte del hospital. Existen problemas

para la evacuación de aguas servidas en varios tramos del hospital, por lo que deben sustituirse las tuberías de 6" por otros de 8" y en otros tramos adicionalmente variar los recorridos.

Principales Áreas Funcionales

En general se observa que muchos servicios se han adaptado en ambientes con limitaciones de confort y espacio.

Servicio de Consulta Externa.

La mayoría de consultorios de este servicio están situados cerca de la puerta principal, facilitando el acceso a las personas que lo requieren.

Algunos de los servicios están desagregados, como Psicología, Alto Riesgo, TBC, y que se encuentran aislados, debido a ello los pacientes transitan por todo el hospital creando flujos innecesarios.

Servicio de Ayuda Diagnóstico y Tratamiento.

Se encuentra disperso en el hospital. Los servicios de Laboratorio se ubican en una zona interna alejada de los consultorios; El Departamento de Rayos X que se ubica en la zona de consultorios está distanciada de la zona de hospitalización. Los ambientes de Laboratorio resultan poco funcionales.

Hospitalización

La mayoría de pabellones de estos servicios se ubican en la parte media del hospital, unidos espacialmente, pero sin comunicación entre ellos.

Centro Quirúrgico

Se encuentra ubicado junto al pabellón de hospitalización de Cirugía y conectado con el pabellón de Emergencia, debido a la naturaleza de sus actividades.

Se cuenta con cinco Salas de Operaciones en el área principal del

Departamento de Anestesiología y un Centro Quirúrgico ubicado en el área de Gineco Obstetricia, sala de recuperación, zona de lavados y

vestuario para cirujanos y enfermeras. En una zona adyacente se encuentra la central de esterilización que le permite una adecuada funcionalidad.

Centro Obstétrico

Está ubicado junto al pabellón de hospitalización de Gineco Obstetricia, debido a la estrecha relación funcional entre ambos.

Dentro de este núcleo se llevan a cabo las atenciones de partos normales.

Emergencia

Se ubica en el edificio construido para tal fin, siendo uno de los más recientes, por lo que presentan adecuada funcionalidad.

Administración

Los servicios de Administración se encuentran ubicados en su mayoría al ingreso del hospital, observándose estrechez en los espacios de las diferentes oficinas, algunas se encuentran en la zona de consultorios externos, tal como la Oficina de Estadística y Registros Médicos, la que por falta de espacio se encuentra ubicada en el pasadizo de circulación interna.

Mantenimiento y Servicios Generales

Están ubicados en el sector posterior del hospital, agrupando varios servicios (Casa de Fuerza, Talleres de Mantenimiento, Lavandería, Almacenes, Cocina y otros) los que atienden a todo el conjunto hospitalario, para que de este modo puedan cumplir de manera óptima la atención de los pacientes.

Estructura Orgánica

A.- Órgano de Dirección:

Dirección General

B.- Órgano de Control:

Oficina de Control Interno

C.- Órganos de Asesoría:

Oficina de Planificación, P.y R.

Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental

Oficina de Asesoría Jurídica.

D.- Órganos de Apoyo Administrativo:

Oficina de Personal

Oficina de Logística

Oficina de Economía

Oficina de Desarrollo de Recursos Humanos

Oficina de Servicios Generales

Oficina de Estadística e Informática.

E.- Órganos de Línea

Línea Intermedia:

Departamento de Diagnóstico por Imágenes

Departamento de Patología y Laboratorio Clínico

Departamento de Farmacia

Departamento de Nutrición

Departamento de Enfermería

Departamento de Servicio Social

Departamento de Anestesiología, Centro Quirúrgico y Gasoterapia.

Línea Final:

Departamento de Medicina

Departamento de Cirugía

Departamento de Pediatría

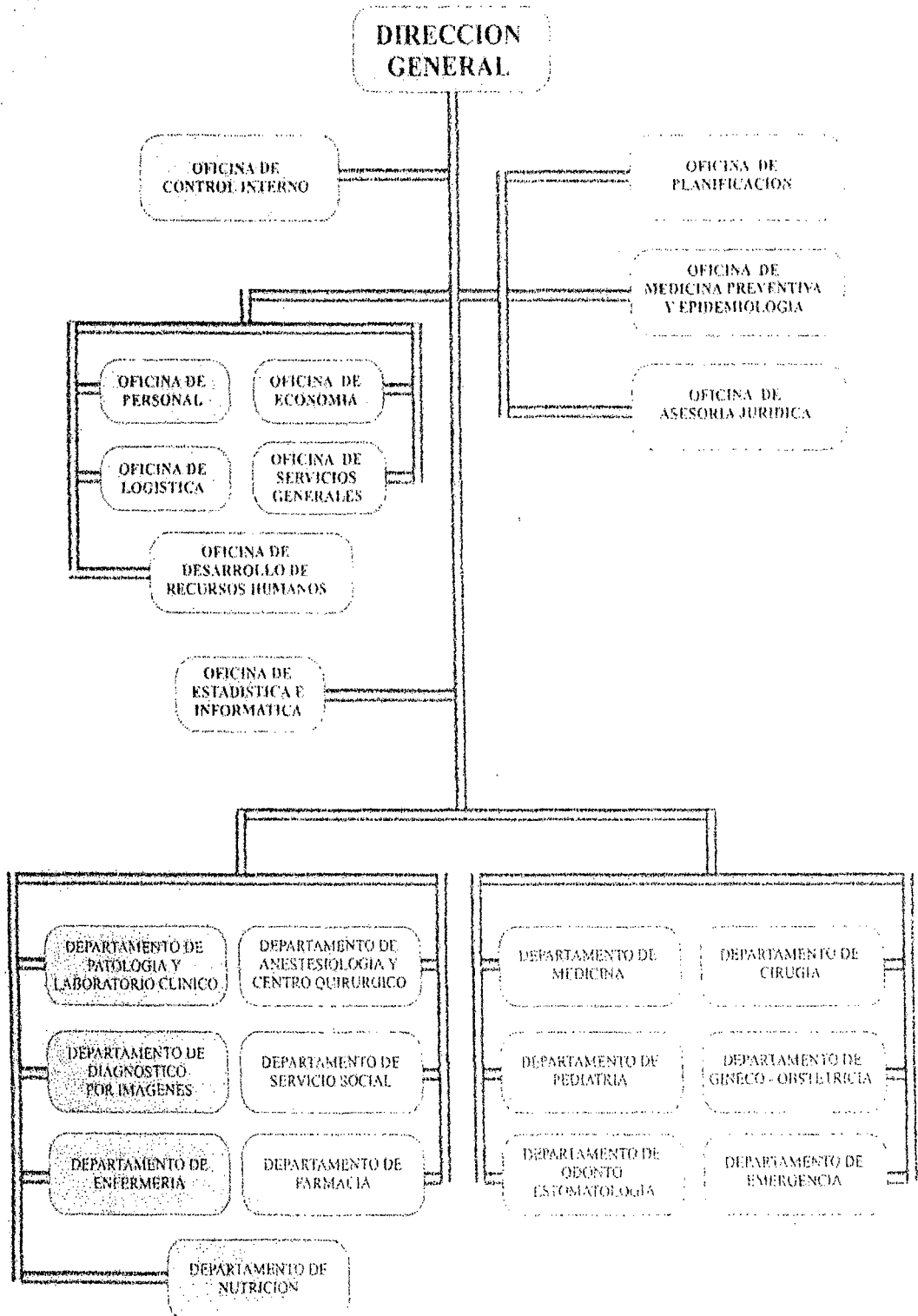
Departamento de Gineco-obstetricia

Departamento de Odonto-Estomatología

Departamento de Emergencia.

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN Y OBJETIVOS DE LAS UNIDADES



II.2.1.-Identidad Corporativa - Filosofía. Visión y Misión.

La Filosofía del Hospital Sergio E. Bernales es ser reconocidos en el año 2004 como el Hospital "Líder de la Salud en el Cono Norte" que brinde atención con equidad, calidad y calidez, con vocación de servicio y personal altamente capacitado, promoviendo la docencia e investigación y aplicando tecnología de avanzada, en una infraestructura adecuada y segura, integrando la institución a la red de salud.

La Misión del Hospital es promover y brindar atención de salud integral y especializada a la población del Cono Norte de Lima.

II.2.2.-Políticas y Objetivos de la Institución

Objetivo General

Definir la capacidad resolutive de la Institución, que permita responder a los problemas de salud de la población de su ámbito de acción, con calidad y eficiencia, dentro de un enfoque integral e introduciendo mecanismos de competencia.

Objetivos Específicos

1. Consolidar la integración en la red de salud, normando sus acciones.
2. Brindar una atención con equidad estratificando a la población usuaria.
3. Contar con personal calificado y actualizado en la atención y gestión de la salud, promoviendo la docencia e investigación.
4. Mejorar la infraestructura física y el equipamiento de los servicios.
5. Dar uso eficiente y racional a los recursos institucionales.

II.2.3.-Análisis Estratégico. Diagnóstico Situacional. Análisis FODA

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales, se encuentra ubicado en un área que tiene accesibilidad geográfica vial, Tiene la capacidad y competencia para brindar servicios de salud con atención médica especializada.

Tiene como Prioridades:

- a) Mejorar la imagen institucional hacia la comunidad
- b) Integrarse al sistema de redes de servicios de salud
- c) Desarrollar programas de salud preventiva promocionales dirigidos a la Comunidad.
- d) Brindar atención de salud, priorizando la problemática sanitaria de la comunidad.

Alternativas Estratégicas

1ero. Estabilización: Todas las unidades orgánicas de la institución alcancen un nivel óptimo de desarrollo.

2do.Crecimiento: Afrontar con éxito los nuevos Lineamientos de Política de Salud y satisfacer la demanda de atención de la población del Cono Norte

Medio Externo

El medio externo en que se desenvuelve tiene las siguientes características:

- a) Características de la estructura del MINSA.

La estructura actual del MINSA, de tipo centralista, se encuentra en plena etapa de cambio, hacia la formación de redes de salud a fin de priorizar la atención primaria y la referencia de casos de mayor complejidad a los hospitales y/o institutos especializados.

- b) Características Demográficas

La población del Cono Norte se caracteriza por ser eminentemente joven, con gran proporción de mujeres en edad fértil e incremento progresivo de las personas mayores de 60 años.

- c) Características Socioeconómicas
 - Predominio de los estratos sociales C y D (bajo y mediano, riesgo social)
 - Porcentaje significativo de trabajadores eventuales y con ocupaciones manuales
 - Población organizada en Clubes, Comedores, Comités, etc.
- d) Características Tecnológicas
 - Desarrollo de la tecnología de diagnóstico y tratamiento.
 - Se tiende a la informatización
 - La tecnología educativa está en aumento
 - Internet se está convirtiendo en estándar para buscar, administrar y transmitir información.
- e) Características Culturales.
 - Población mayoritariamente de bajo nivel cultural e educativo.
 - Un alto porcentaje de la población cree en la medicina tradicional (folklórica) y sé automédica.

Diagnóstico Situacional – Análisis FODA.

Fortalezas

- a) Cultura Organizacional
 - a.1.-La mayor parte de trabajadores comparten objetivos comunes
 - a.2.-Existe actitud positiva sobre el desarrollo organizacional.
- b) Servicios Finales
 - b.1.-Personal capacitado con especialidad
 - b.2.-Servicios quirúrgicos adecuados.
 - b.3.-Servicios Gineco Obstétricos adecuado
 - b.4.-Servicio de Emergencia adecuado.
 - b.5.-Manejo adecuado del Seguro Escolar.
- c) Servicios Intermedios
 - c.1.-Orden administrativo
 - c.2.-Personal motivado
 - c.3.-Equipamiento actual adecuado.

- c.4.-Centro Quirúrgico adecuado.
- c.5.-Nutrición y diagnóstico por imágenes adecuado.
- d) Servicio de apoyo administrativo
 - d.1.-Cuentas con apoyo político.
- e) Asesoría y gestión
 - e.1.-Oficina de planificación en área de desarrollo potencial
 - e.2.-Epidemiología con buen sistema de vigilancia en infecciones.
 - e.3.-Actualmente se invierte en formación de la alta dirección y cuadros intermedios en gestión.

Características del Medio Externo

a) Entorno del MINSA

- Trabajo en redes de salud con nuevo enfoque
- El financiamiento migra de la oferta a la demanda(Seguro Escolar, Seguro Materno Infantil)
- Mayor poder político y económico de las DISAS
- No hay otros hospitales generales en el área

b) Demográficos

- Comas y Carabaylo son distritos de referencia: 516,792
- Mujeres en edad fértil: 32 %
- Mayores de 60 años: 21,665
- Menores de 19 años: 43 %

c) Económicas

- Estrato social predominante: C y D
- Población que acude al Hospital S.E.Bernales. Bajo riesgo: 5 %; Med.Riesgo: 35 %
- 68 % de los trabajadores son eventuales
- 24 % de los trabajadores son mecánicos

d) Sociales

- La población está organizada en clubes, comedores, etc.

e) Educativos

- Hay un bajo nivel educativo
- Las $\frac{3}{4}$ partes de la población no tiene profesión u oficio.

f) Culturales

- Un alto porcentaje de la población cree en la medicina tradicional
- Un alto porcentaje de la población sé automédica

g) Tecnológico

- Hay un desarrollo de la tecnología de diagnóstico por imágenes (flujo Doppler)
- Se tiende a la informatización de los procesos administrativos
- La tecnología educativa está en aumento
- En la endoscopia se tiende a video endoscopia
- Los ventiladores y analizadores de gases así como los monitores de funciones son estándares en las Unidades de Cuidados Intensivos.
- Internet se está convirtiendo en el estándar para buscar, administrar y transmitir información.

h) Legales

- La Ley de salud tiene una serie de dispositivos que de no ser conocidos, llevarán a un incremento de los problemas legales para los profesionales de salud.
- Todos los procedimientos por mínimos que sean deben tener el consentimiento del paciente.
- Se tenderá a reglamentar y obligar el uso de medicamentos genéricos.

i) Competencia

- Aparición de organizaciones particulares grandes que dan servicio de salud con hospitalización.

Debilidades

a) Cultura Organizacional

- Un significativo porcentaje de los trabajadores no se identifica con la institución.
- No se trabaja en equipo
- No se usa información en la toma de decisiones
- No se proyecta buena imagen corporativa.

b) Servicios Finales

- Resistencia al cambio
- No se investiga (por la falta de oportunidad)
- Recursos materiales insuficientes.
- No se usa información en el proceso decisorio
- Servicios de medicina y pediatría
- Poco uso de la cama hospitalaria.

c) Servicios Intermedios

- Normalización deficiente
- Informatización de procesos incompleta
- Falta de capacidad del personal
- Falta renovar equipos obsoletos
- Poca implementación tecnológica
- Previsión de insumos inoportuna y de baja calidad
- Laboratorio no confiable, oportuno ni completo.
- Farmacia no confiable, oportuno ni completo.

d) Servicio de Apoyo Administrativo

- Rotación inoportuna de personal
- Normalización deficiente.
- Infraestructura inadecuada

- Logística no confiable, oportuna ni completa
- Estadística no confiable, oportuna ni completa.

e) Asesoría / Gestión

- Asesoría de planificación no tiene definidas sus funciones
- Modelo de gestión centralista
- Política de capacitación deficiente.
- No se usa información para la toma de decisiones
- Normalización de la organización deficiente.
- La organización no trabaja en redes de salud.
- La organización no trabaja en proyectos.

Matriz de Planificación Estratégica

Objetivo Estratégico

- a.- Acreditar y Legitimar al Hosp.S.E.B. como un Hospital de Nivel III.

**MATRIZ DE EVALUACIÓN DE IMPACTOS DE FACTORES
INTERNOS
(FODA Ponderado)**

Factores Internos		IMPACTOS		
		ALTO	MEDIO	BAJO
Fortalezas	<u>1.-De Cultura Organizacional</u> 1.1.-La mayor parte de trabajadores comparten objetivos comunes 1.2.-Existe actitud positiva sobre el desarrollo Organizacional		I	
	<u>2.-De Asesoría y Gestión</u> 2.1.-La Oficina de planificación está en el área de Desarrollo potencial.			I
Debilidades	<u>1.-De Cultura Organizacional</u> 1.1.-Un significativo porcentaje de trabajadores no se identifica con la institución.	I		
	1.2.-No se trabaja en equipo	I		
	1.3.-No se usa información en la toma de decisiones	I		
	1.4.-No se proyecta buena imagen corporativa	I		
	1.5.-Existe resistencia al cambio	I		
	1.6.-Normalización deficiente	I		
	1.7.-Política de capacitación deficiente.	I		

**MATRIZ DE EVALUACIÓN DE IMPACTOS DE FACTORES
EXTERNOS
(FODA Ponderado)**

Factores Externos		IMPACTO		
		ALTO	MEDIO	BAJO
Oportunidades	<p>1.-Entorno del <u>MINSA</u></p> <p>1.1.-Trabajo en Redes de Salud con nuevo enfoque.</p> <p>1.2.-No hay otros hospitales generales en el área.</p> <p>1.3.-Estrato Social predominante C-D.</p> <p>1.4.-La Tecnología Educativa está en aumento.</p>	I	I I	 I
Amenazas	<p>1.-Entorno del <u>MINSA</u></p> <p>1.1.-Mayor poder político y económico de las DISAS</p> <p>1.2.-Hay un bajo nivel educativo</p> <p>1.3.-Un alto porcentaje de la población cree en la medicina tradicional.</p> <p>1.4.-Un alto porcentaje de la población se automedica.</p> <p>1.5.-Todos los procedimientos por mínimos que sean deben tener el consentimiento del paciente.</p> <p>1.6.-Aparición de Organizaciones particulares grandes que dan servicio de salud con hospitalización</p>	I I I I I	 I	

MATRIZ FODA

Fact. Int. Fact. Ext.	Fortalezas (internas)	Debilidades (Internas)
Oportunidades Externas	<p><u>Estrategia F-O : Maxi- Maxi</u> Utilizando los puntos fuertes de la Organización para aprovechar las oportunidades.</p> <p>1.-Tomando en cuenta la identidad de los trabajadores respecto de su institución y compartiendo sus objetivos comunes y su actitud positiva sobre el desarrollo organizacional, contando con el apoyo de la Oficina de Planificación, el Hospital debe mejorar en todo sentido aprovechando la tecnología educativa en aumento, la inexistencia de otros hospitales generales en el área de operaciones (Comas y Carabaylo) con una población del nivel C-D de 516,792 pobladores.</p>	<p><u>Estrategia D-O :Mini-Maxi</u> Estrategia de desarrollo para superar las Debilidades con el fin de aprovechar las oportunidades</p> <p>1.-Dar uso eficiente y racional a los recursos institucionales. Mejorar la información al paciente y capacitar al personal.</p> <p>2.-Mejorar la imagen institucional hacia la comunidad con el fortalecimiento de la Cultura Organizacional, identificación e incorporación de factores comunes a la organización, valores y principios. Identificar los medios de expresión y difusión. Institucionalizar las acciones de Fortalecimiento Corporativo.</p>
Amenazas Externas	<p><u>Estrategia F-A : Maxi-Mini</u> Uso de los puntos fuertes para hacer frente a las amenazas o evitarlas.</p> <p>1.-El Recurso Humano identificado corporativamente puede hacer frente al poder político de las DISAS consolidando la integración en la Red de Salud, normando sus acciones, brindando una atención con equidad y calidad, estratificando a la población usuaria, promoviendo la docencia e investigación, modificando la cultura de la automedicación y uso de la medicina tradicional, y lograr que el paciente acepte, comprendiendo los procedimientos clínico-hospitalarios el aconsejamiento profesional y hacer frente, con competencia a la aparición de organizaciones particulares grandes que están empezando a dar servicios de salud con hospitalización.</p>	<p><u>Estrategia D-A : Mini-Mini</u> Estrategia de liquidación, supresión, anulación.</p> <p>1.-Eliminación del desaliento en el trabajador, por trabajar en una organización con pocos recursos.</p> <p>2.-Consolidación del sentido de pertenencia a la institución, trabajar con "Mística Laboral".</p> <p>3.-Constituir el trabajo en equipo, fomentar una "Cultura Institucional de Trabajo en Equipo", mediante procedimientos de sensibilización y motivación, capacitación e institucionalización.</p> <p>4.-Eliminar la resistencia al cambio</p> <p>5.-Mejorar la normalización interna</p> <p>6.-Usar la información para la toma de decisiones.</p>

DIAGRAMA DE EVALUACIÓN DE VULNERABILIDAD

Elemento Soporte (Puntal)	Amenaza	Consecuencia	Impacto de Amenaza	Probabilidad De Ocurrencia	Capacidad de Reacción	Grado de Vulnerabilidad
			0 10	0 1	0 10	
1-De Cultura Organizacional	1.1.Mayor Poder Político y Económico de las DISAS	Frenará el desarrollo Institucional	6	1	5	II
	1.2.Política de Capacitación deficiente	Ineficiencia En el servicio De Salud	8	1	6	II
	1.3.Bajo Nivel Educativo	Incompetencia de cumplir la Misión	8	1	6	IV
	1.4.Alto Porcentaje de la Población cree en la medicina tradicional.	Deterioro de La Salud. Mayor Esfuerzo Institucional	10	1	4	IV
	1.5.Alto Porcentaje De la Población Se Automedica	Dificultad Para acceder a La población y cumplir la Misión	10	1	5	IV
	1.6.Procedimientos sin consentimiento del paciente	Alto nivel de Insatisfacción Por la prestación del servicio de salud	8	1	6	II
	1.7.Normalización deficiente	Dificultad de Acción operativa	6	1	6	II

Elemento Soporte (Puntal)	Amenaza	Consecuencia	Impacto de Amenaza	Probabilidad De Ocurrencia	Capacidad de Reacción	Grado de Vulnerabilidad
	1.8. Aparición de organizaciones particulares grandes, que prestan servicios de salud con hospitalización.	Pérdida gradual de la Demanda de Servicios de Salud.	7	1	5	II
	1.9. Trabajadores no identificados con la Institución	Dificultad de Logro de Objetivos institucionales	10	1	6	IV
	1.10. No se trabaja en equipo	Pérdida de Efectividad y Eficiencia operativa	10	1	6	IV
	1.11. No se usa información en toma de decisiones	Alto riesgo en Toma de decisiones con Graves consecuencias	8	1	7	II
	1.12. No se proyecta buena imagen	Pérdida de Prestigio y credibilidad Institucional	10	1	7	IV
	1.13. Existe resistencia al cambio	Retardo de la Posibilidad de Calidad Total Institucional	7	1	6	II

MATRIZ DE PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA

Para efectos de la presente investigación se muestran solamente las estrategias y etapas pertinentes al área temática de las Comunicaciones y de las Relaciones Públicas.

Objetivo Estratégico	Estrategia Específica	Etapas	Tipo de Plan	Período Tiempo
1. Acreditar y legitimar al HSB como un Hospital Nivel III	1.2. Fomentar una cultura institucional de trabajo en equipo	1.2.1. Sensibilización y motivación	Proyecto	Ago/99-Dic/99
		1.2.2. Capacitación	Proyecto	Ago/99-Dic/00
		1.2.3. Institucionalización	Plan	Ene01/-Dic/04
	1.3. Fortalecer la imagen institucional corporativa y externa	1.3.1. Identificación e incorporación de factores comunes a la organización (valores y principios)	Proyecto	Jul/99-Dic/99
		1.3.2. Identificar los medios de expresión y difusión.	Plan	Jul/99-Dic/99
		1.3.3. Institucionalizar las acciones de fortalecimiento corporativo	Plan	Ene 00/Dic 04

La Matriz de Planificación Estratégica continúa estableciendo actividades para el resto de aspectos como por ejemplo: incrementar la capacidad resolutive médico quirúrgica; fortalecer y modernizar los servicios de apoyo asistencial; fortalecer y modernizar servicios de apoyo administrativo; modernizar y optimizar el sistema de gestión; contextualizar el Hospital, en el sector y la Red de Salud; fortalecer la interrelación con la DISA. ; modernizar y optimizar la Unidad de Docencia; interrelacionar el Hospital, con universidades nacionales e institutos técnicos; conformar el Hospital como sede docente de capacitación en servicio para la red de salud; desarrollar investigación operativa sobre los problemas de

salud de la población del cono norte. Desarrollar investigación experimental; contar con un proyecto de desarrollo arquitectónico e integral para el Hosp. S.E.B.

Estas estrategias anteriormente citadas no son de relación directa para el objeto de estudio de la presente tesis, de tal modo que solamente las mencionamos para su conocimiento.

II.2.4.-El Sistema Comunicacional y de Relaciones Públicas.

El Sistema Comunicacional y de Relaciones Públicas que se encuentra establecido en el H.N.S.E.B. al igual que en el resto de dependencias del Sector Salud tiene una configuración por decir algo sui géneris. No existe registro físico de las oficinas, departamentos o unidades de Relaciones Públicas dentro de las representaciones gráficas u organigramas de estas dependencias. (Se dice que están consideradas formando parte de las Direcciones....?)

Es más, en el Sector Salud y a partir de decisiones de política se reconoce la existencia de la función comunicadora pero a partir de una denominación lamentablemente equivocada, puesto que se llaman oficinas de imagen institucional a las que virtualmente tendríamos que reconocer como oficinas de comunicaciones en todo caso, y más propiamente tendrían que llamarse oficinas o departamentos de Relaciones Públicas.

Un problema que afrontamos colateralmente al manejo propio de la problemática específica del quehacer relacionístico, es el conocimiento cabal del término y concepto de las Relaciones Públicas.

No existe suficiente difusión en el ámbito de quienes pudieran tener responsabilidades decisorias en las instituciones y/o corporaciones para asumir el concepto de las Relaciones Públicas de manera adecuada y además rentable para sus propias gestiones.

Dicho en otras palabras, no existe el suficiente conocimiento respecto de la actividad de las Relaciones Públicas y la correspondiente práctica profesional, razón por la cual se pudiera considerar que no son realmente trascendentes, importantes o necesarias, sumado a este panorama el lamentable desempeño de pseudo profesionales, empíricos, y gente acomodada en el cargo que desprestigia al resto de profesionales que desean que se revierta esta imagen de incompetencia, futilidad, servilismo y mediocridad que campea en la gran mayoría de instituciones u organizaciones de nuestro medio. Pero además también, es bueno conocer que la gran arremetida del marketing distorsiona el papel de las Relaciones Públicas.

No es extraño ver cómo el marketing menciona que sus acciones son la panacea para todos los males en las organizaciones; a tal punto es así que la visión gestonaria no concibe la falta del marketing en su ejecución.

Sin embargo, una auténtica y correcta posición administrativa debe considerar al marketing en su justa medida, es decir dentro de su específico campo de acción mercantil, cuyo principal motivo sea el de vender los productos y/o servicios de la entidad en la que se aplica y no invadiendo otros campos como por ejemplo el de la propia administración, la Auditoria, la Publicidad, la Investigación Especializada de la Opinión Pública, el campo de la Imagen Corporativa, etc. áreas propias de las Relaciones Públicas.

Al inicio de las actividades de Relaciones Públicas que involucran al autor de la presente tesis con la institución hospitalaria, no se encuentra una estructura administrativa formal que permita desarrollar sus acciones de manera eficiente y beneficiosa. Como ya se indicó anteriormente no se encontró una estructura organizacional del área de Relaciones Públicas en el Hospital.

Si existe físicamente una dependencia de la Dirección General denominada Unidad de Imagen Institucional que hace las veces de Oficina de Relaciones Públicas. No se considera en el

organigrama del hospital, ni en el Manual de Organización y Funciones, someramente se hace referencia a la función de Comunicaciones, Relaciones Públicas e imagen en el Reglamento de Organización y Funciones General del Hospital, adjudicando responsabilidad al Director General de manera directa e inmediata. No concibiendo pudiera existir personal profesional especializado encargado de la tarea de gerenciar la actividad relacionística.

La función de las Relaciones Públicas, Comunicaciones y/o Imagen Institucional entonces está ejercida por la Unidad de Imagen Institucional del HNSEB. A cuyo frente se encuentra un profesional de la salud (médico).

II.2.4.1.- Plan Operativo Anual de Fortalecimiento de la Gestión Corporativa del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

- I Introducción
- II Base Legal
- III Objetivos
 - III.1. Objetivos Generales
 - III.2. Objetivos Específicos – Grandes líneas operativas (Descripción General de los Programas)
- IV Cronograma de Ejecución
- V Recursos y Financiamiento
- VI Evaluación y control de alcance de metas

I Introducción

La Dirección General del H.N.S.E.B., con fecha 04 de agosto de 1999, mediante Resolución N° 026-06-H.N.S.E.B.-99/OPPR, aprobó el Proyecto del Plan Estratégico 1999-2004, el mismo que serviría de base para la elaboración de los Planes Operativos Institucionales.

Así, de esta forma, el presente Plan Operativo responde entonces a lo establecido por la Institución en el seminario taller de

elaboración del Plan estratégico 1999-2004, para desarrollar programas específicos destinados al Fortalecimiento de la Gestión Corporativa del H.N.S.E.B dentro de los parámetros de calidad y eficiencia en la atención a los problemas de salud de la población de su ámbito de acción inmediata.

Las estrategias específicas 1.2. : fomentar una Cultura Institucional de trabajo en equipo: 1.3. : fortalecer la Imagen Institucional Corporativa y Externa, comprendidos en el Plan Estratégico del H.N.S.E.B. ya se vienen cumpliendo y concretando en acciones terminadas, dentro de los períodos de tiempo comprendidos entre Julio y diciembre de 1999: entre otros por ejemplo la etapa y programa de sensibilización y motivación que consistió en la elaboración de dos afiches alusivos al cambio de mentalidad y actitud en el personal en general del Hospital; charlas y conversatorios de la Dirección con determinados grupos ocupacionales – culminando con el “Seminario de Fortalecimiento de la Imagen Institucional Corporativa y Externa” realizado del 10 al 12 de Diciembre de 1999 con la importante participación de profesionales médicos, jefes de servicios y de departamento, evento del que como acuerdo se desprende el presente Plan Operativo.

Asimismo, la mencionada actividad comprende acciones de capacitación en Administración General para el personal médico con cargo jefatural, con lo que se puede decir que se han alcanzado las metas previstas dentro de los períodos de tiempo Enero 2001 – Diciembre 2004, pendiente, pero dentro de su meta planificada.

Aunque nos hemos referido en el punto anterior que el Programa y Etapa de Institucionalización son aspectos pendientes, creemos debemos conceptuar que la condición de Institucionalización se debe entender como el afianzamiento de los niveles de eficiencia y calidad en el ejercicio de su misión, en cuyo caso, con el presente plan estaríamos marcando el punto de partida de esa etapa todavía consignada para enero 2001, adelantándonos un

año, y conjugando la etapa 1.3.3. de Institucionalizar las Acciones de Fortalecimiento Corporativo, fijada para el período enero 2000 a diciembre 2004, dentro de una lógica de acciones estratégicas.

Tanto la etapa 1.3.1. de identificación e incorporación de factores comunes a la organización (valores y principios) como la 1.3.2. de identificación de los medios de expresión y difusión que tenían fijados períodos de tiempo de ejecución julio 99 a diciembre 99 fueron abordados suficientemente en el Seminario de Fortalecimiento de la Imagen Institucional Corporativa y Externa de diciembre último, por lo que se puede concluir también que se vienen cumpliendo dentro de sus fechas previstas.

Luego de este resumido análisis en la evaluación de avances de metas del Plan Estratégico correspondiente a Cultura e Imagen Corporativa está en condiciones de proponer la continuación de acciones específicas, por lo que el presente Plan Estratégico de Desarrollo y la operativización de sendos programas que coadyuvan la gestión dentro de una visión de cambio hacia la calidad y eficiencia integral de la Institución.

La gestión de asesoramiento y consultoría de Relaciones Públicas elaboró el Plan Operativo como instrumento regulador de la acción de Relaciones Públicas del H.N.S.E.B., dotando al órgano administrativo denominada Unidad de Imagen Institucional del Hospital del marco operativo para su funcionamiento bajo condiciones mucho más orgánicas y planificadas:

II Base Legal

El presente Plan Operativo Anual de Fortalecimiento de la Gestión Corporativa del H.N.S.E.B. se afianza legalmente en los siguientes instrumentos:

- A. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- B. Resolución Directorial N° 013-D-99-HNSEB/OPPR de aprobación del Plan Operativo Institucional para el año de 1999.

- C. Resolución Directorial N° 026-DG-HNSEB-99/OPPR de aprobación del Plan Estratégico 1999 – 2004, base para la elaboración de los planes operativos institucionales.
- D. Resolución Directorial N° 087-DG-HNSEB-99/OPPR de aprobación y autorización para la realización del Seminario de Fortalecimiento de la Imagen Institucional Corporativa y Externa, certamen base del Diagnóstico Situacional para el planteamiento del Plan Operativo Anual de Fortalecimiento de la Gestión Corporativa del H.N.S.E.B.

III Objetivos

III.1. Objetivos Generales

Desarrollar programas específicos en el ámbito de Cultural e Imagen Corporativa destinados al Fortalecimiento de la Gestión Corporativa del H.N.S.E.B. dentro de los parámetros de calidad y eficiencia en la atención a los problemas de salud de la población de su ámbito de acción inmediata (como son los Distritos de Comas, Independencia, Carabaillo, Puente Piedra, San Martín de Porras, la Provincia de Canta y Distritos del Norte de la Gran Lima).

III.2. Objetivos Específicos, Grandes Líneas Operativas – Descripción General de los Programas

- a. Ejecutar sondeos de opinión en el público externo respecto de los niveles de satisfacción en la prestación de servicios de salud del H.N.S.E.B.
- b. Ejecutar programas de capacitación en "Técnicas de Atención al Público", para grupos ocupacionales homogéneos: Personal de Seguridad, Técnicas de Enfermería, Enfermeras, Obstetricas, Médicos y Personal Administrativo.

- c. Ejecutar el Programa de Señalética (imagen visual) e Información al Usuario y de Comunicación Interna / Externa (medios múltiples).
- d. Consolidar la Gestión Corporativa en el Nivel Estratégico (evaluar y reforzar) mediante el programa de Concentración Semestral denominado "Seminario de Fortalecimiento de la imagen Corporativa Interna y Externa" para el grupo ocupacional de Jefes de Servicios y de Departamento.
- e. Ejecutar el Programa de Acercamiento Comunitario.
 - 1. Fortalecimiento de las Relaciones Externas en el ámbito de su accionar, con autoridades, instituciones, empresas, la prensa, etc.
 - 2. Programa de Coordinación Interinstitucional para intervenciones de emergencias, monitoreados por el H.N.S.E.B. intervienen: Policía Nacional, Bomberos, Cruz Roja, Defensa Civil, Postas Médicas, Prensa, Taxi Amarillo, etc.

IV Cronograma de Ejecución

El Plan Operativo Anual de Fortalecimiento de la Gestión Corporativa se efectuará a partir del mes de enero del 2000 hasta diciembre del mismo año, de acuerdo al siguiente Cronograma:

**CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL DE FORTALECIMIENTO
DE LA GESTIÓN CORPORATIVA DEL H.N.S.E.B.**

Nº	PROGRAMA	OBJETIVO	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	OBSERVACIONES
01	Sondeo de Opinión en el Público Externo	Evaluación de Niveles de Satisfacción en la Prestación de Servicios	17 21												Aplicación del Cuestionario de Encuesta en la semana del 17 al 21 de enero 2000
02	Capacitación en "Técnicas de Atención al Público" para grupos ocupacionales homogéneos por niveles de jerarquía ascendente: - Personal de Seguridad y Orientación Hospitalaria. - Técnicas de Enfermería - Enfermeras y Obstetrices - Médicos, otros profesionales - Personal Administrativo - Damas Voluntarias	Mejorar la Calidad y Eficiencia de la Atención al Público Usuario (6 niveles ocupacionales)	13 28	01 21			09 26		03 07	02 09	02 27	14 25	07 29	02 09	- Personal de Seguridad y Vigilancia , - Damas Voluntarias, - Departamento de Enfermería, Médicos y Obstetrices, - Central Telefónica, - Administrativos, - Otros profesionales de la salud.
03	Programa de Señalética, Información y Comunicación	Optimizar la señalización de instalaciones, información al usuario y comunicación interna/externa.	29	30	28	30	28	28	27	26	26	30	30	29	- Señalética e Información al Usuario. - Boletín Mensual Interno. - Revista Semestral
04	Seminario de Fortalecimiento de la Imagen Corporativa Interna y Externa. Concentración Semestral	Consolidar la Gestión Corporativa en el Nivel Estratégico - Jefes de Servicio y Departamento.						14 16						15 17	Seminario Semestral tipo concentración de fin de semana. - Del 14 al 16 de julio 1era. fecha. - Del 15 al 17 de diciembre 2da. Fecha
05	Programa de Acercamiento Comunitario - Area de Relaciones Externas	Fortalecimiento de las Relaciones Externas en el ámbito de accionar, con Autoridades, Instituciones, Empresas, Prensa, etc.													Programa sostenido permanentemente durante el año de ejecución.
06	Programa de Acercamiento Comunitario-Area de Coordinaciones Interinstitucionales	Coordinaciones interinstitucionales para intervenciones de emergencia con: Policía Nacional, Bomberos, Cruz Roja, Defensa Civil, Postas Médicas, Prensa, Taxi Amarillo, etc.							14 18						Del 14 al 18 de agosto. Cierre de coordinaciones con Simulacro de Atención en Emergencia y Conferencia de Prensa (como parte del Programa de Celebraciones de Aniversario Institucional), 17-08-2000.

V Recursos y Financiamiento

El Plan se sustenta económicamente mediante la asignación de fondos provenientes de Recurso Propios presupuestados específicamente para cada programa y administrado por la Dirección General del H.N.S.E.B.

El Requerimiento de Personal para la puesta en marcha del Plan Operativo se asignará igualmente en función de las necesidades de cada programa, contando como base y sede de operaciones la Unidad de Imagen Institucional.

El equipamiento, instalaciones y facilitación será proporcionado en cada caso por las áreas administrativas del Hospital dispuestos por la Dirección General.

VI Evaluación y Control de Alcance de Metas

Cada uno de los programas consignados en el presente Plan Operativo Anual considera procedimientos de Evaluación y Control del alcance de metas para contrastar los resultados con los objetivos específicos. Para estos efectos se emplearán Auditorías Operativas y Diagnósticos Situacionales en las fases intermedia y final de cada programa.

II.2.4.2.-Los Programas.

El Plan Operativo propuesto reúne prioritariamente dos programas que responden a la realidad problemática diagnosticada y que están íntimamente vinculados al gran proyecto de consolidar la organización desde todos sus frentes.

El Programa de Capacitación del personal como lo explicamos más adelante de manera más exhaustiva intenta recrear un espacio interactivo en el que entra en juego método vivencial, que propicia el involucramiento del participante en el análisis y solución de la problemática. Es un programa in house que aprovecha el espacio físico, las instalaciones, incluso las condicionantes del desempeño diario del

personal consignado como participantes en cada segmento de capacitación en las denominadas técnicas de atención al público.

Este espacio instructivo también sirve como herramienta de evaluación ya que se aplican instrumentos (encuestas, diálogos y observaciones) que evalúan el desarrollo corporativo en relación con el público usuario – pacientes; y que deja como saldo un diagnóstico del desempeño o accionar corporativo para la planificación futura no solo desde el espacio de la comunicación y/o las relaciones públicas sino de manera integral a nivel institucional.

El programa de información al cliente externo denominado señalética integral para el Hospital consiste básicamente en la evaluación de las condicionantes informativas y orientadoras del paciente – usuario para luego de una planificación se implemente un sistema de señalética que cumpla a satisfacción las necesidades de información y orientación, respecto de ubicaciones o instalaciones físicas y administrativas, flujos de tránsito interno, conflictos de tránsito tanto peatonal como vehicular, etc.

El programa de señalética intenta manejar con buen criterio orientación integral basada en gigantografías que instruyen al público usuario el método de ubicación rápido que les permitirá llegar al punto de destino sin desviaciones, señalizando su ubicación actual. Igualmente se instalan señales de flujo de tránsito tipo poste con iconografía direccional, terminando por ubicar señales que indican la presencia de dependencias, oficinas, servicios, que sumadas a la información específica de pabellones (número de camas) contribuyen a la adecuada orientación en pacientes – usuarios, más aún si tenemos en cuenta que la instalación física del Hospital ha ido creciendo sin un plan arquitectónico preestablecido, ofreciendo al público una instalación laberíntica.

Capítulo III Métodos y Técnicas de Investigación

III.1.- Capacitación de Personal – El Método Interactivo-Vivencial

El Método Interactivo Vivencial –MIV- consiste en la interacción dinámica y simultánea de ciertos elementos que conforman el proceso de enseñanza – aprendizaje, y que constituyen un “Bloque de impacto”, a manera de “Detonadores” y/o “Reactivos”, que inducen al participante a involucrarse conscientemente asumiendo un análisis crítico y constructivo de su rol laboral.

El MIV, entonces constituye un sistema potenciador del mecanismo instruccional, dentro de las características sui generis de la capacitación “in house”.

Los elementos involucrados interactuantes son los casos de estudio y análisis referidos a situaciones típicas y propias del quehacer laboral, acondicionados a la naturaleza y características del comportamiento laboral específico del ámbito institucional y/o corporativo y del grupo homogéneo de funcionarios, ejecutivos, profesionales o empleados en general, comprendidos en el programa de capacitación.

Intervienen de la misma manera los contenidos instruccionales que se enfocan siempre desde las distintas posiciones laborales interactuantes e interdependientes del personal en un área específica de la institución u organización, frente al público, es decir, los pacientes y sus familiares como usuarios de la dependencia de servicios de salud en este caso.

Ambos elementos del MIV son planteados o expuestos empleando un programa de comunicación multimedia de gran efecto que cautiva al espectador, nos referimos a videos o secuencias de televisión, diseñados como elementos de apoyo instruccional e igualmente de secuencias bien coordinadas de diapositivas proyectadas (Power Point), como medios o canales del mensaje instruccional.

Un elemento realmente eficaz dentro de este MIV viene a ser el “Rolling player” o juego de roles que a manera de sociodrama

involucra al participante “a vivir” una conducta drásticamente adquirida y en la que se “muestra” tal como es el personaje del cual esta asumiendo su conducta, es decir a manera de teatralización, se logran enfocar las posturas de todos aquellos personajes involucrados en la situación trabajada y expuesta al análisis y crítica grupal, desde el enfoque de su trascendencia como factor de impacto de la gestión y generador de imagen corporativa.

De la misma manera interviene otro elemento interactuante “Detonador” de la dinámica deliberativa, consistente en un cuestionario que “apela” a la declaración sincera, ética y responsable del participante requiriendo información sobre aquellos aspectos anómalos, ineficientes e irregulares que se presentan en el quehacer diario y en contacto con el público usuario – paciente, sobre todo o involucrando al personal durante sus procesos de interacción laboral. En este mismo cuestionario se le solicita al participante que describa o narre una secuencia “conflictiva” en la relación paciente – usuario – hospital, que pueda servir para el análisis y la comparación en el interior de las secuencias lectivas – académicas; que formulen sus apreciaciones o conclusiones y/o recomendaciones en post de la mejora de la calidad durante la prestación del servicio al público.

Se termina esta secuencia motivadora y a la vez orientativa de la conducta corporativa con una encuesta para evaluar los niveles de satisfacción en la ejecución del “Curso de capacitación en técnicas de atención al público”, en sus aspectos organizativo y académico, terminando con conclusiones y comentario final.

Al referirnos al MIV como un “bloque de impacto” lo concebimos en una dinámica de funcionamiento simultáneo con lo que se consigue el efecto “detonador” y “reactivo”.

Ejemplo de análisis de Caso

Caso de la paciente Juana Pedreros Mayta

“ Madre descontenta ” (Nombres y Apellidos Cambiados de Protagonistas del Caso)

Juana Pedreros Mayta Domiciliada en los Incas de Puente Piedra llega al Hospital Nacional Sergio E. Bernales el día 02 de marzo último sufriendo dolores al parecer vinculados a su estado de gestación y con la finalidad de que se le atienda en su parto.

Ese mismo día a las 09 de la mañana llega al hospital acompañada de su esposo Esteban Lanza Gómez, la atiende y ausculta el Médico Dr. Juan Trujillo, viendo el estado de salud de la paciente la deriva al Dr. Ricardo Marcial para que la operara, tenía un tiempo de embarazo de 8 meses y dos semanas. A horas 11:00 de la mañana aproximadamente nace el niño, la madre es ligada y cesárea. Declara la madre que hasta después de once días su niño se encuentra enfermo con infección pulmonar(13 de Marzo).

Luego de la operación el Dr. Marcial dejó a la paciente en recuperación, sin embargo después de tres días continuaba con fiebre intensa, llegando en oportunidades a 39 grados.

La paciente manifiesta que el médico no sabía la causa de la fiebre.

Al ver el estado grave de la paciente el Dr. Trujillo le pidió al esposo que compre medicinas colocándole antibióticos y según la paciente” bajando su hemoglobina por tanto antibiótico” y continuando su situación, aún empeorando.

El día 9 de Marzo se ordenó hacerle el legrado y le pusieron 2/4 de litro de sangre, determinándose “ que la causa de mi dolencia era que el Dr. Marcial me dejó una parte de la placenta en el interior infectando mis órganos, mientras que otros médicos se contradecían y no daban con la causa de mi infección”.

Como la paciente requería más medicinas para cortar la infección, éstas le asignaron a su cuenta. El día 12 de Marzo le sacaron una ecografía y según declaraciones de la propia paciente” llevándome a realizar éste examen sin zapatos y sin tener en cuenta mi delicado estado”. El médico encargado llamó la atención de está negligencia a los auxiliares que hicieron regresar a su cama a la paciente sola y sin ayuda alguna.

Luego de las deliberaciones médicas el Dr. Blanco que se hizo cargo señaló que seguía teniendo restos de placenta y en forma manual y sin anestesia” me sacó una cantidad considerable de materia, colocándome una mecha para que continuara saliendo la materia acumulada por varios días”.

Dice la paciente: ” viendo mi estado lamentable, el Dr. Blanco ordenó a la enfermera que trajeran mi medicina, así como estuviera a mi cuidado, pero haciendo caso omiso el personal me abandono sin mostrar ni un mínimo de compasión, que debe tener todo el personal de la salud”.

Al ver la situación de su esposa el Sr. Esteban Lanza, desesperado, conversó a las 3 de la tarde con el Dr. Trujillo reclamando el porqué no la atendieron con las medicinas, éste médico le señaló que recién se enteraba y que la paciente estaba arrojando grasa en vez de materia y se sorprendió de la dejadez con la que se estaba atendiendo a la paciente, le pidió a la técnica el nombre de la enfermera que atendía, a lo que ésta se negó aduciendo con burla que no recordaba su nombre, evidenciando su falta de voluntad para atender a los pacientes.

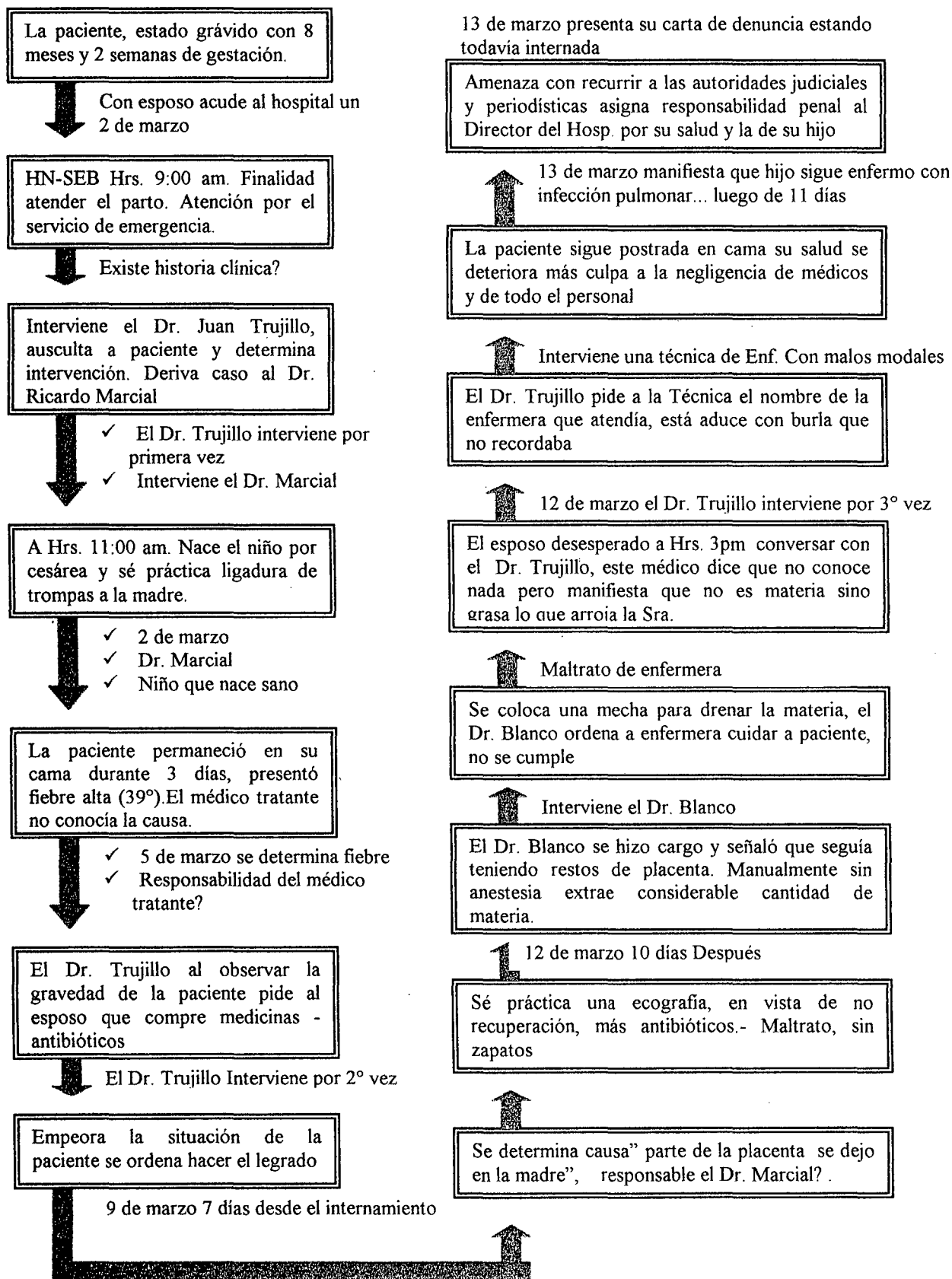
La paciente declaró: “Hasta el presente (13 de marzo) me encuentro postrada en cama y a la espera de la buena voluntad del personal, por lo que presento mi queja a fin de que se ordene, se me tome en cuenta y rápidamente logren curarme, ya que cada día que pasa mi salud se viene deteriorando por culpa de la negligencia tanto de los médicos que están a cargo del hospital así como de su personal, y que cualquier cosa que sucediera con mi vida, así como la de mi hijo, es de única y exclusiva responsabilidad de su personal, por lo que les reitero que tomen las medidas del caso, de lo contrario me veré en la imperiosa obligación de recurrir a las autoridades judiciales y periodísticas a fin de que se preocupen en mi caso, A lo cual no creo que se llegue, pues confió en su capacidad profesional y humana para resolver mi caso, que como he explicado desde ya tiene el hospital responsabilidad penal por tamaña negligencia”.

Cuestionario del Caso Juana Pedreros

1. Efectúe un diagnóstico sobre la base del análisis del caso y obtenga conclusiones.
2. Determine las responsabilidades de los personajes que intervienen en el caso, describiéndolas.
3. Mencione el procedimiento correcto que el hospital tendría que adoptar para atender a esta paciente en condiciones óptimas que satisfagan a ella y a sus familiares.

FLUJOGRAMA

"CASO JUANA PEDREROS, MADRE DESCONTENTA"



III.1.1.-Motivación

La etapa y programa de sensibilización y motivación consistió en la elaboración de dos afiches alusivos al cambio de mentalidad y actitud en el personal en general del Hospital y del público externo.

La primera etapa estuvo vinculada a un afiche que argumenta un cambio de mentalidad del profesional y empleado del HNSEB, asumiéndolo responsablemente dentro de un sentimiento de pertenencia y de visión compartida institucional.

Se preparó el afiche insistiendo en el rol individualizado pero a la vez interdependiente de cada uno de los trabajadores del HNSEB, marcando una nueva etapa, consolidando la identidad corporativa del Hospital y proyectando una mejor imagen.

El afiche fue ubicado en lugares estratégicos de la instalación del Hospital preferentemente en ámbitos de gran concurrencia y circulación.

En un segundo momento se preparó un afiche que apuntaba a sensibilizar al público externo usuario – paciente del HNSEB, asegurándole desde la posición institucional un servicio ofertado bajo las mejores condiciones tecnológicas y científicas hospitalarias, asegurándoles un desempeño eficaz y eficiente pero a la vez cálido. Este segundo afiche contiene un diferente manejo corporativo, desarrollando conceptos de identidad visual y su posicionamiento, que en este caso son la imagen física de la fachada del Hospital y un slogan que argumenta ser los líderes de la salud en el Cono Norte.

A partir de este momento se utilizó tanto el slogan como el isotipo (fachada del Hospital) de manera regular para todos los mensajes impresos plasmados en afiches, programas, trípticos, etc.

Afiches de sensibilización y Motivación



MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional
Sergio E. Bernales

*Unidad de la Salud
en el Cero Plus*

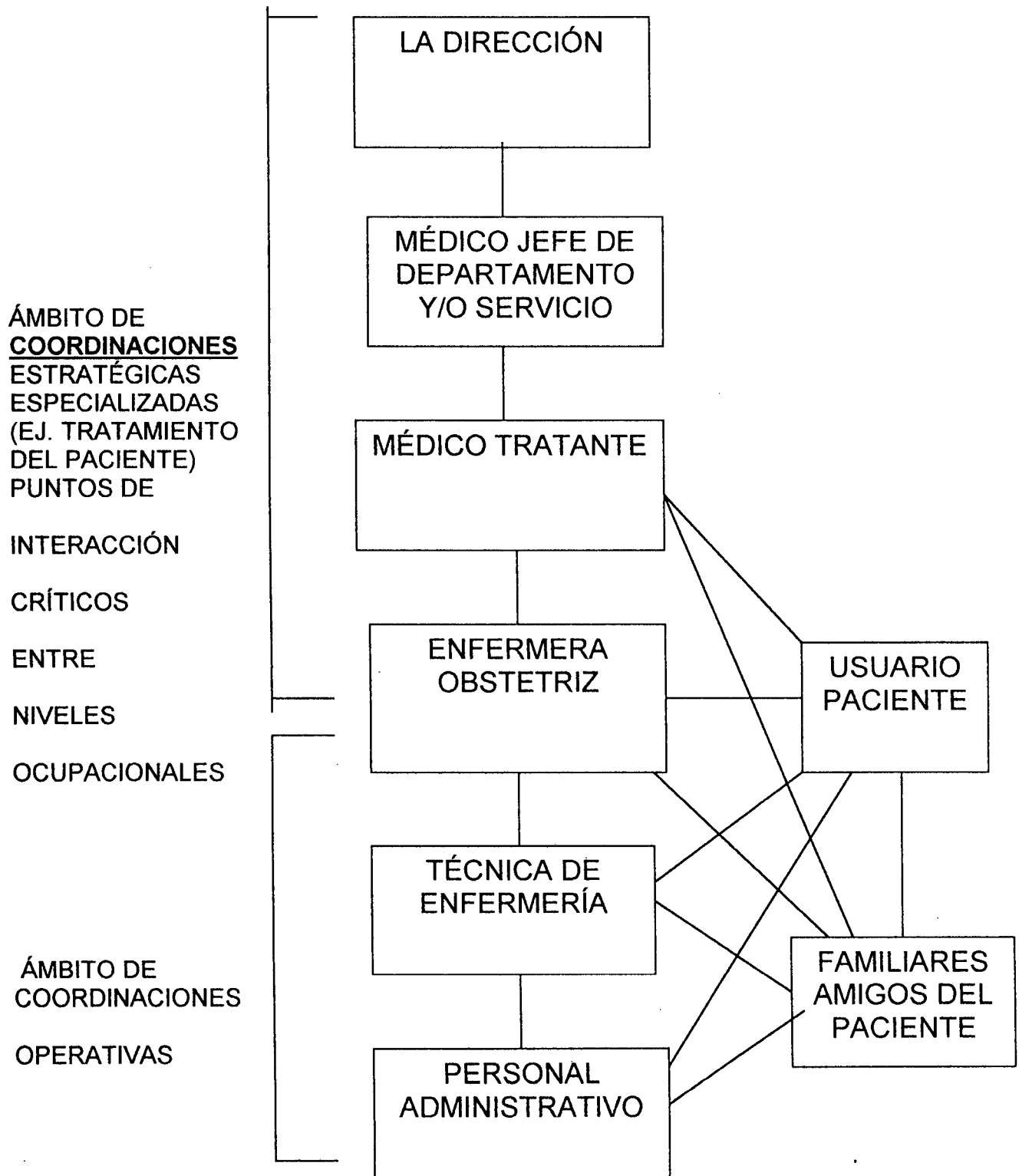


De igual forma se emplearon charlas y conversatorios de la Dirección con determinados grupos ocupacionales, culminando con el "Seminario de Fortalecimiento de la Imagen Institucional Corporativa y Externa" realizado del 10 al 12 de Diciembre de 1999 con la importante participación de profesionales médicos, jefes de servicios y de departamento, evento del que como acuerdo, se desprende el Plan Operativo anteriormente descrito. (Ver Anexo 4).

III.1.2. Instrucción

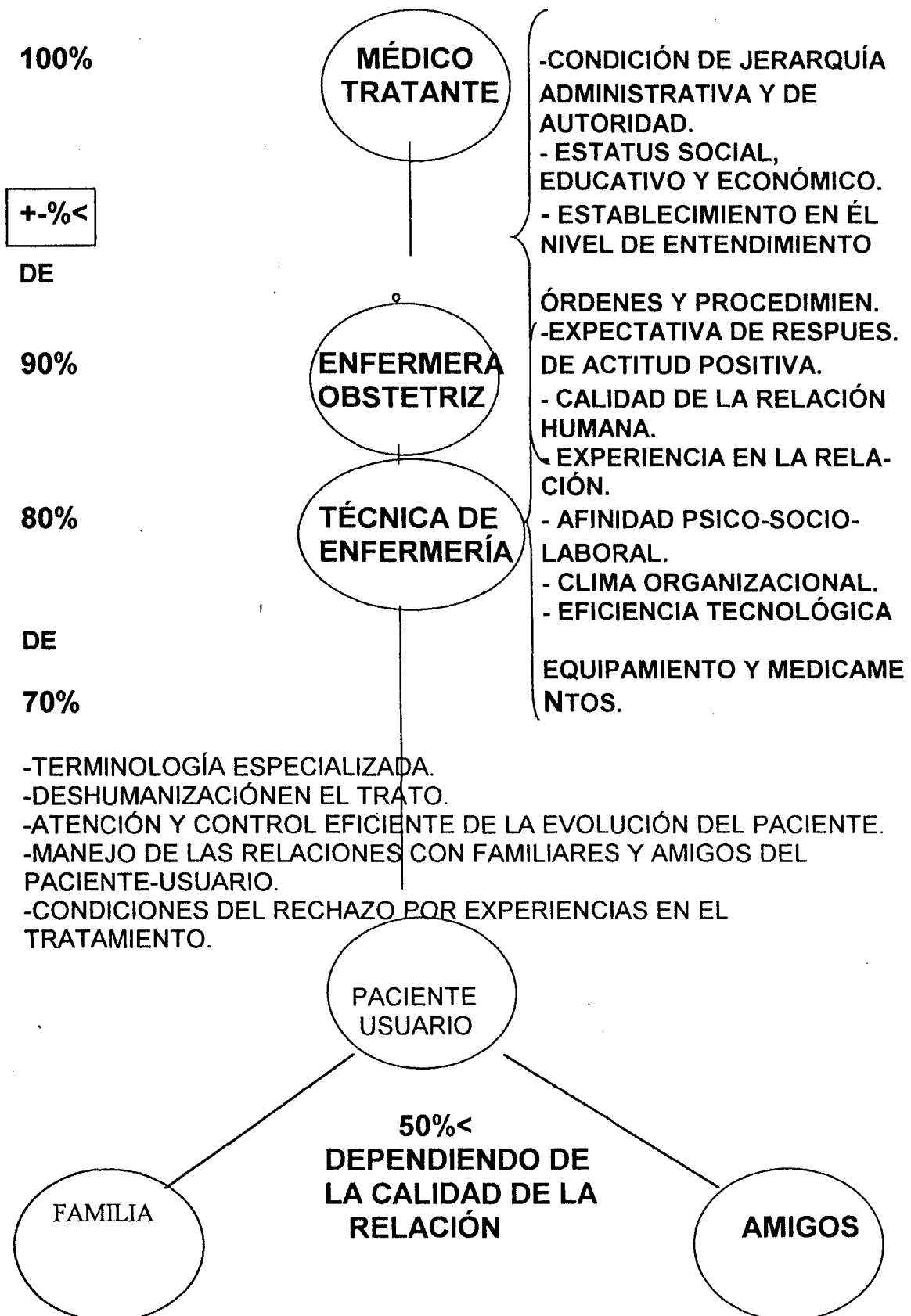
Cuadros Instruccionales como componentes académicos del método interactivo vivencial:

RED COMUNICACIONAL EN CADENA DEL NIVEL OCUPACIONAL ENFERMERAS-OBSTETRICES

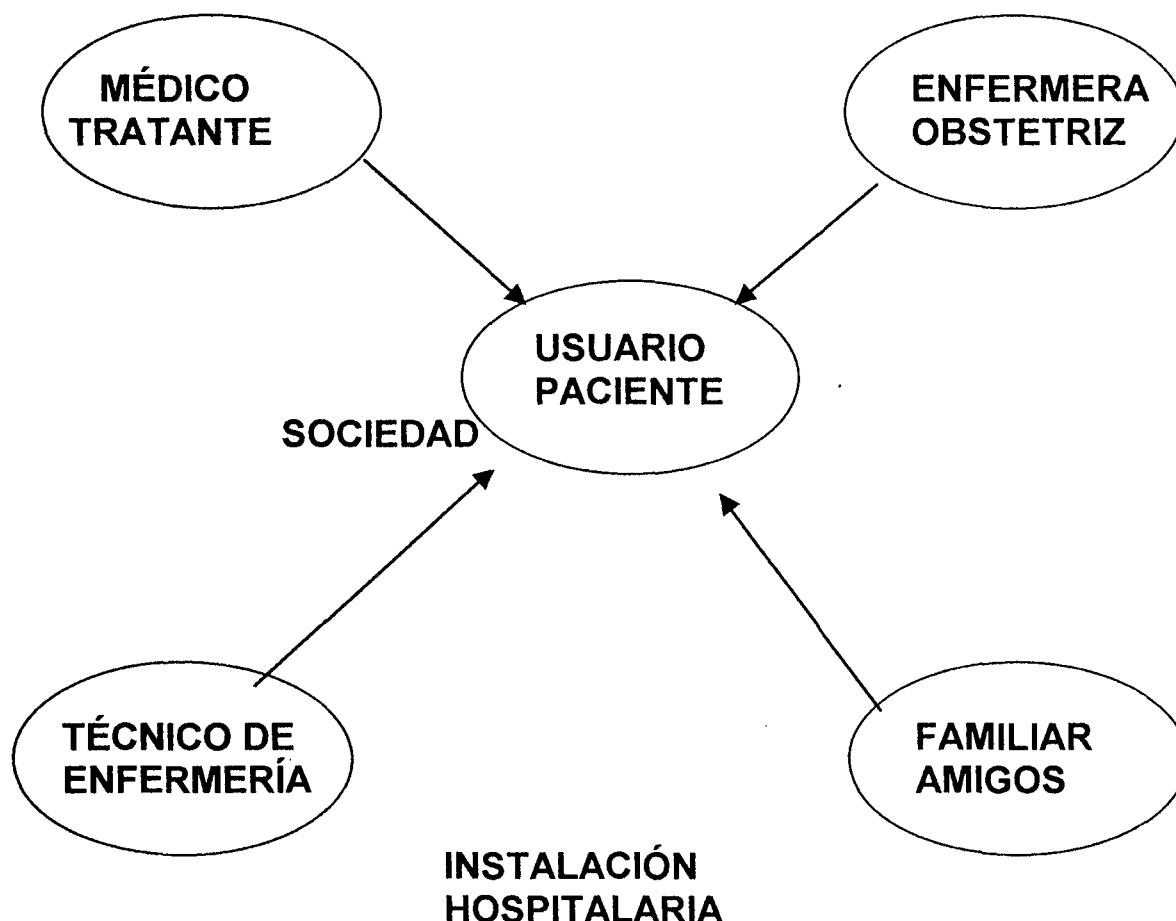


OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN (FACTOR DE DESORIENTACIÓN)

NIVELES PORCENTUALES DE EFICIENCIA EN LA INTERACCIÓN Y COORDINACIÓN (CONDICIÓN POTENCIAL)



FACTORES DE PRESIÓN EN EL USUARIO-PACIENTE



EL PACIENTE-USUARIO IMPELIDO A UNA SITUACIÓN DE SER HUMANO DISMINUIDO, ESPECÍFICAMENTE POR SU CONDICIÓN DE ENFERMO Y EL NO CONOCER ASPECTOS DE TERMINOLOGÍA Y TECNOLOGÍA CLÍNICA. MÉDICA, PERO SOBRE TODO POR LA EXPECTATIVA Y PREOCUPACIÓN EN LA RECUPERACIÓN DE SU SALUD; UN HECHO CASI SIEMPRE DESCONOCIDO.

TAREA: AYUDAR AL PACIENTE A RECOBRAR SU AUTOCONFIANZA Y SU ÓPTIMA CALIDAD DE VIDA.

Contenidos Instruccionales para el Grupo Ocupacional Agentes de Seguridad y Orientación Hospitalaria

Funciones básicas del agente de seguridad y orientación hospitalaria

1. Vigilancia y seguridad general de locales e instalaciones y su equipamiento.
2. Vigilancia, seguridad de autoridades funcionarios y personal en general.
3. Información y orientación al usuario- paciente, respeto de los servicios, procedimiento, horarios, etc.

1. -Vigilancia y seguridad general de locales e instalaciones

1.1. -Vigilancia y Seguridad en Portería Principal

- Vigilancia y control de ingreso y salida de personas al hospital (reglamentos, normas, alimentos).
- Identificación de personas y control de salsas, carteras, maletines, etc. (ingresos, salidas).
- Control de ingresos y salidas de artículos y vigilancia en parqueos (autoridades, médicos, personal, público en general).
- Entrega de contraseñas de ingreso de vehículos, para parqueos –señalización.
- Ingreso de autoridades y personalidades.
- Procedimientos de portería en situaciones de emergencia: atentados, terremotos, robos, etc.

1.2. - Vigilancia y Seguridad en Secuestro, Plagios, Desastres Naturales. Portería de Emergencia.

Vigilancia y control de ingresos y salidas de personas al servicio de emergencia (puerta principal de emergencia), identificación, contraseñas, procedimientos administrativos.

Registro de ocurrencias: condiciones de ingreso al hospital:

- Dolencia o enfermedad crítica (constatación), circunstancias de ingreso.
- Accidentes automovilísticos.

- Atropello, incendios, choque, etc.
- Paciente con condiciones de emergencias
- Asalto callejero, robo domiciliario, agresión física, etc.
- Transportado por patrullero, ambulancia, bomberos, taxi particular: registros de placas de rodaje de la unidad móvil – identificación del chofer.
- Acompañamiento de los familiares, vecinos, conocidos, extraños: registro de identidad.
- Evacuación de emergencia:
- De alta
- Internarlo en pabellón/ piso
- En observación, cuidados, intermedios, fallecimiento, etc.

1.3. - Vigilancia y Seguridad en Portería de Servicios y Departamentos

Vigilancia y control de sucesos de usuarios- paciente, visitantes y personal del hospital: Identificación, registro y contraseñas.

- Registro de ocurrencias:
- Movimiento de pacientes por ínter consultas, traslado a otros servicios, etc. (fallecimiento).
- Altas de pacientes
- Condiciones críticas y conflictivas (pacientes en condición de detenido por la policía, justicia, presos, etc.

1.4. - Vigilancia y Seguridad en Cerco Perimétrico- Casetas de Observación – Social Integral

- Vigilancia y control permanente de ocurrencias en cercos perimétricos y casetas de control.
- Vigilancia de equipos de energía eléctrica y su funcionamiento eficaz en situaciones críticas (coordinación con técnicos).
- Vigilancia y control de equipamiento, instrumentos, maquinaria, vehículos de propiedad
- Del hospital.

- Vigilancia y control de equipamiento de seguridad- armas, munición, chalecos antibalas, etc. (prácticas de tiro y procedimientos militares, tácticas).

2. - Vigilancia y Seguridad de Autoridades, funcionarios y Personal en General.

2.1. -Vigilancia y Seguridad de Autoridades y Funcionarios

- Prestar seguridad personal de guarda espaldas a autoridades específicas, tanto dentro como fuera del local.
- Prestar seguridad personal a funcionarios y personal médico del hospital frente a situaciones de agresión de sujetos extraños al hospital.

2.2. - Vigilancia y Seguridad del Personal en General

- Prestar vigilancia y seguridad a todo el personal del hospital para la prestación de sus servicios eficientemente, frente agresiones de terceros.

3. - Información y Orientación al Usuario- Paciente

3.1. -Información en Portería Principal y Emergencia

- Horarios
- Medidas de control y vigilancia
- Procedimientos administrativos (fecha de pago proveedores).
- Costos de servicio hospitalario
- Visitas de familiares y amigos
- Ingreso de comestibles
- Ingreso de equipos de TV-celulares
- Orientación sobre distribución de servicios y departamentos- señalización.
- Presencia de personas- pacientes atendidos o internados
- Pacientes, usuarios dados de alta, (fallecidos), evacuados, internados.
- Información sobre aspectos de normas y reglamentos internos
- Relaciones con personal de la PNP.

- Proporcionar facilidades a usuarios, pacientes (sillas de rueda, guías hospitalarias o anfitrionas).
 - Atención de llamadas telefónicas.
- 3.2. - Información en Portería de Servicios y Departamentos
- Horarios
 - Nombres de pacientes- usuarios, internados en el pabellón o piso.
 - Visitas de familiares y amigos.
 - Ingreso de alimentos
 - Ingreso de equipos de TV.- Celulares
 - Pacientes dados de alta, evacuados, transferidos, interconsultas, fallecidos.
 - Normas y reglamentos internos.
 - Atención de llamadas telefónicas

Contenidos instruccionales genéricos:

Elementos componentes de la atención al usuario

A.- oferta

Presencia de la organización que impacta en la opinión pública

1. - ubicación geográfica-

Información señalética externa

- Carteles indicadores en grandes avenidas que confluyen en el hospital
- Carteles indicadores en grandes cruces de avenidas
- Carteles indicadores en grandes centros comerciales del área de influencia del hospital

Información impresa

- Dípticos, trípticos, volantes, almanaques, afiches, agendas, otros recordatorios, distribuidos en lugares críticos y estratégicos: comisarías, postas médicas, compañía de bomberos, iglesias, mercados, cines, centros comerciales, clubes sociales, etc. (lugares de concentración masiva de personas) con información

respecto de la misión, funciones, tecnología y facilidades en la prestación de servicios de salud.

2. - instalación física- el edificio (ornato, pintura, cerco perimétrico y alrededores)

3. - gestión

- Equipamiento, tecnología e instalaciones en condiciones óptimas.
- Testimonios, opiniones, imágenes del público usuario, respecto de experiencias en la prestación del servicio de salud.
- Calidad en la prestación de la salud: con indicadores claros de niveles de satisfacción en pacientes.
- Acreditación por instituciones de alta representación comunitaria, como hospital prestador eficiente de servicios de salud: "reconocida calidad".
- Opinión de la gestión hospitalaria por otros públicos: proveedores, competidores, el gobierno, la prensa, la comunidad en general. Público interno.

B.- demanda

Necesidades del usuario de servicios de salud

1. - certeza y confiabilidad en la recuperación de la salud.
2. - cabal conocimiento de los procedimientos del proceso de prestación de servicios de salud.
3. - cumplimiento integral de la oferta en cada uno de los públicos.
4. - empleo y utilización de equipamiento y tecnología de última generación en el tratamiento de los pacientes.
5. - costo de servicios, justo, equitativo y competitivo en el mercado (en función de la categoría de la organización).
6. - uso de instalaciones y locales adecuados con servicios y facilidades correspondientes a la misión de la organización:
 - laboratorio - farmacia
 - rehabilitación - banco de sangre
 - patología - odontoestomatología

- saneamiento ambiental

- comedor-cafetería, etc.

7. - óptimo tratamiento y conducta del personal con relación al público.

8. - suficiente información y orientación al usuario.

9. - permanencia del usuario en condiciones satisfactorias.

10. - tratamiento y relación con familiares y amigos del paciente en condiciones satisfactorias.



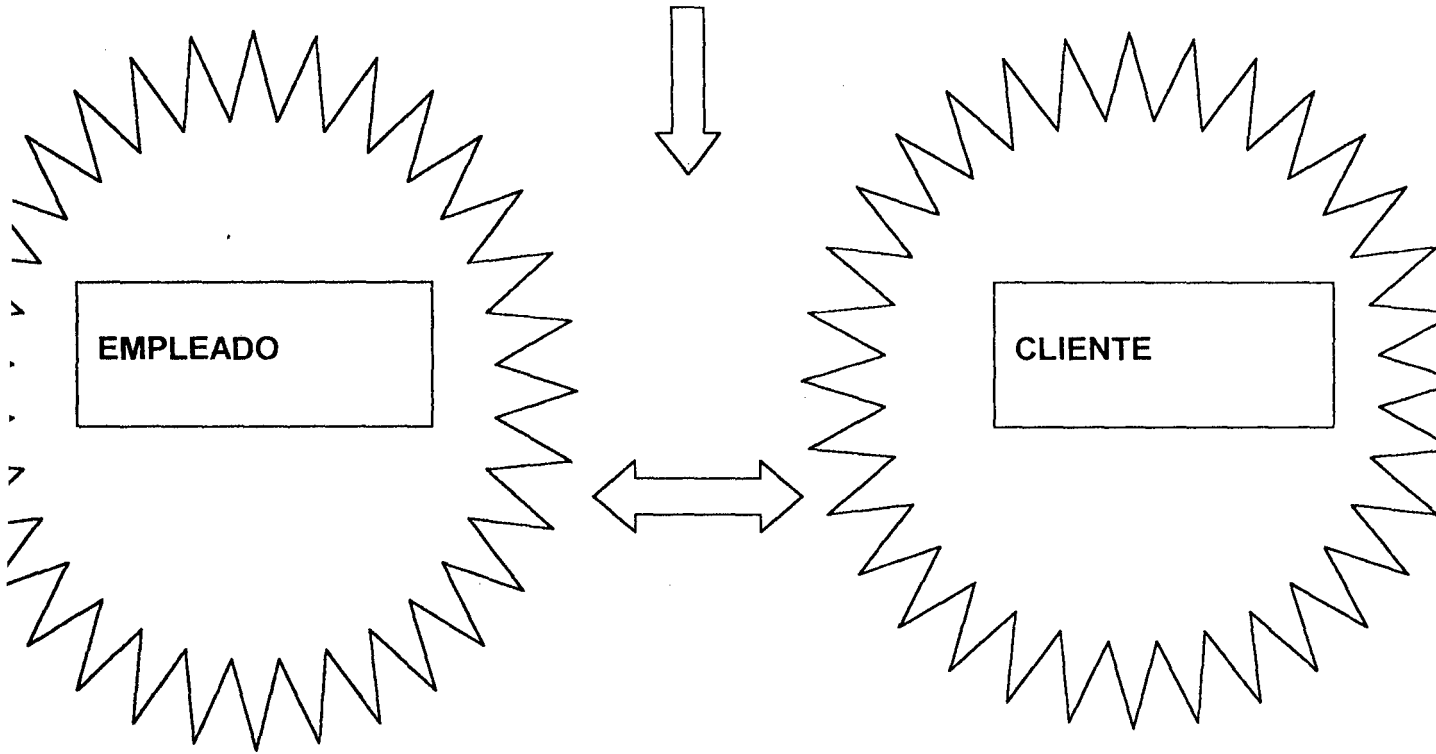
ÁMBITO DE INTERACCIÓN INTERDEPENDIENTE

ACTIVIDADES Y CIRCUNSTANCIAS

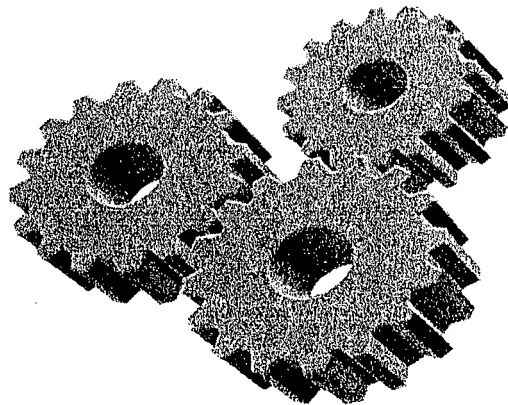
PLANIFICADAS PROACTIVAMENTE CONTENIDAS

EN UN PLAN DE DESARROLLO ESTRATÉGICO

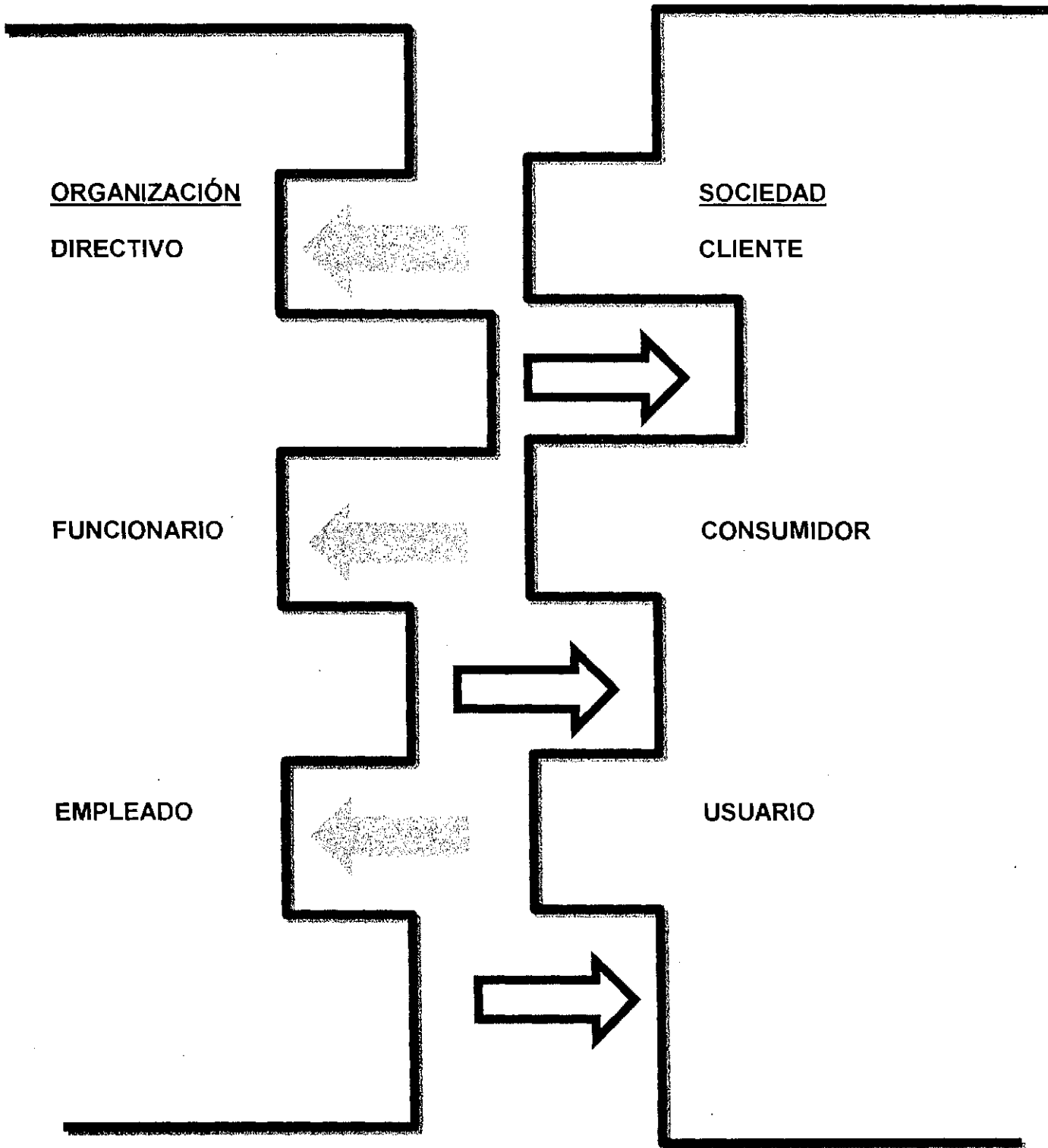
ENGRANAJE



**FLUIDO SISTEMA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
ÁGIL Y EFICIENTE, CÁLIDO Y HUMANO, ATENTO A LAS NECESIDADES
DEL PÚBLICO, CLIENTE O USUARIO.**



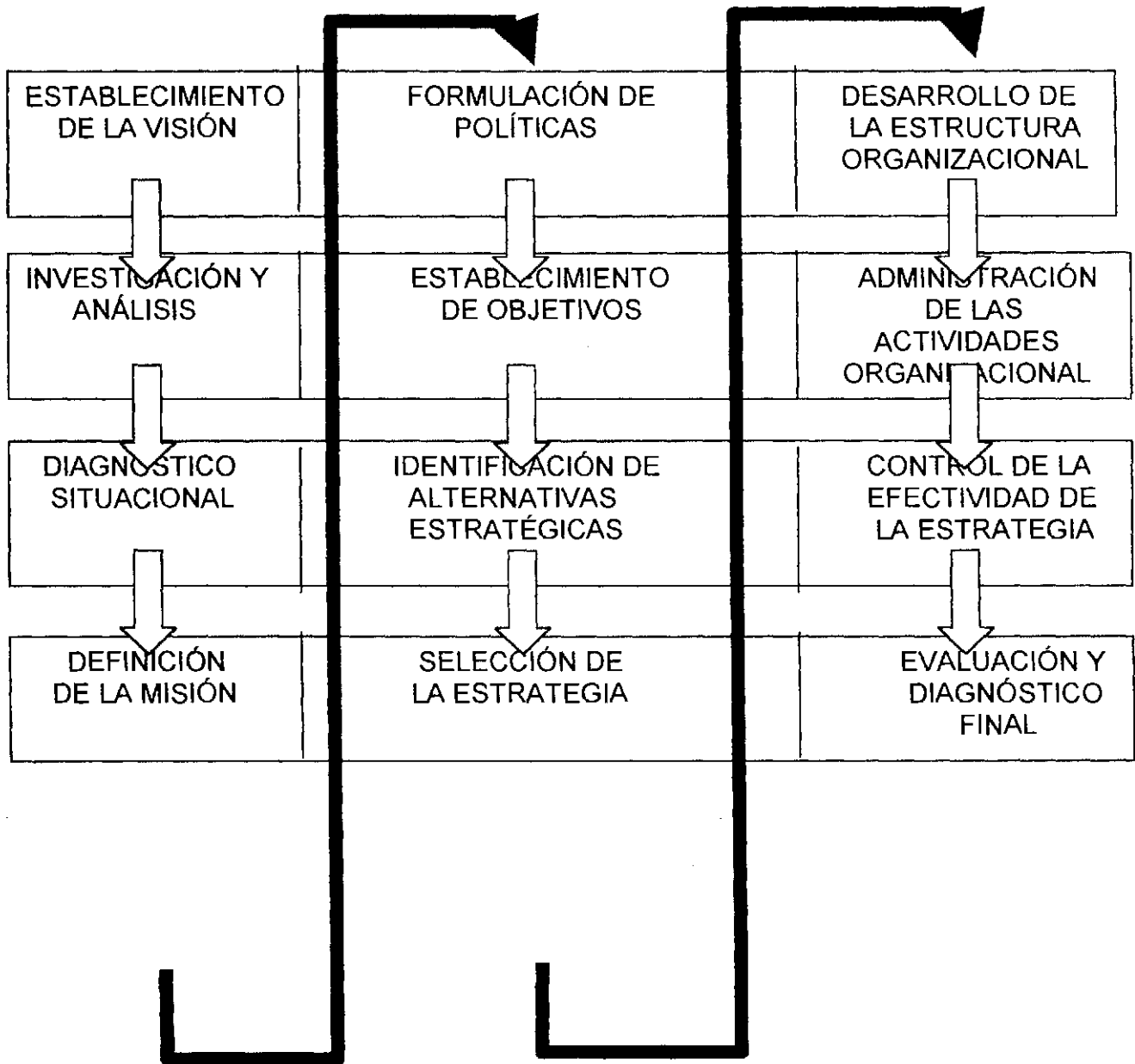
CERRAR LA BRECHA CON TRANSACCIONES COMPLEMENTARIAS
ENCAJE
PERFECTO



ACCIÓN PROACTIVA CON LOS PÚBLICOS



PROCESO DE ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA



Contenidos Instruccionales del Grupo Ocupacional Médicos

Fases de la atención al usuario-paciente desde la posición del profesional de la salud-médico

Fase de pre-atención

Información suficiente al paciente (y/o familiares) para que concurra al hospital e inicie su tratamiento; respecto de:

- Horario – consulta externa, laboratorio, visita a internados
- Procedimientos – disposición y acondicionamiento del paciente – tratamiento ambulatorio o internamiento
- Tipo de vestido – tratamiento ambulatorio – internamiento
- Elementos de aseo personal y cualquier otro efecto (radio, TV, celular, etc.)
- Acompañantes – padres, hijos, amigos
- Dietas alimenticias
- Aporte de muestras para laboratorio – resultados
- Costos de servicios hospitalarios
- Existencia de servicios colaterales
- Existencia de historia clínica – recuento integral y suficiente de la evolución de vida y estado de salud del paciente
- Cualquier otro aspecto que el médico tratante disponga

“ la asistencia del enfermo en el hospital implica una dosis de buena voluntad, organización minuciosa y mucho amor”.

“ un rasgo fundamental en la atención del enfermo consiste en mantenerlo de buen ánimo. El deseo de mejorarse contribuye en gran medida a la recuperación”.

“ Los visitantes no sólo ayudan a compartir el cuidado del paciente, sino que además elevan su moral. La visita puede ser estimulante si se procura que no dure mucho tiempo, para evitar que el paciente se fatigue demasiado”.

Fase de post-atención

Secuencia en la atención al usuario-paciente que tiene el profesional de la salud para evaluar su actitud y comportamiento en la relación.

- Principalmente evaluar el procedimiento o estrategia médico-hospitalaria en el proceso de recuperación de la salud del paciente.
- Determinar la eficiencia del diagnóstico, los exámenes complementarios y las medidas terapéuticas.
- Determinar los niveles de satisfacción y de las manifestaciones de hostilidad del enfermo durante la reconsulta.
- Poner en práctica el aconsejamiento, sugerencia y opinión positiva, y enriquecedora del paciente – usuario, cuando sea pertinente.
- Tener la convicción de un tratamiento profesional, ético, respetuoso y responsable, generador de confianza en el paciente – usuario y del prestigio en la institución a la que se pertenece.

Fase de atención – la entrevista médica

La entrevista es el “encuentro con objetivos médicos, del facultativo y el enfermo, y que constituye el marco temporal, espacial y metodológico, donde se desarrolla la mayor parte del ejercicio asistencial de la profesión médica”.

Utilizando como patrón la consulta externa existen ocho (8) etapas en la entrevista:

1. - la recepción
2. - identificación
3. - interrogatorio
4. - examen físico
5. - manejo de exámenes complementarios
6. - información
7. - medidas terapéuticas
8. -la despedida

1. -la recepción

En el trabajo médico, la primera impresión de la relación humana tiene una extraordinaria significación para el paciente, quien trae inseguridad, angustia y reservas.

Algunos "pequeños detalles" a veces olvidados durante el recibimiento a un paciente, pueden mejorar y facilitar el establecimiento de una buena relación o dificultar ese objetivo.

En la recepción empieza el estudio del paciente, ya que éste también por su parte está evaluando desde la sala de espera el comportamiento y actitud del médico, cuando atiende a los pacientes que le preceden y de las declaraciones y/o expresiones de algunos al salir de la consulta que toma en cuenta para consolidar una imagen.

Para proyectar una buena impresión y para aumentar la seguridad del paciente se le debe llamar por su nombre, saludarlo, preferentemente darle la mano, invitarlo a tomar asiento, evitar cualquier situación que genere ansiedad y sobre todo con una actitud afable y de respeto al enfermo iniciar la acción.

2. - identificación

El registro de los datos de identidad es una buena manera de iniciar la conversación con el enfermo quien por su condición puede encontrarse inhibido.

Los datos generales que incluyen edad, estado civil, ocupación y procedencia le permiten al médico definir el tipo de paciente que está tratando.

La comunicación verbal deberá tener el nivel adecuado en función del paciente-usuario, es decir no un lenguaje técnico o terminología médica que produzca ansiedad y desasosiego.

Es muy importante, en caso de ser posible para disminuir la tensión, hablar de algún tema extra-médico, e interesarse en las "cosas" del paciente.

3. -interrogatorio

Etapa importante de la entrevista, inicio del trabajo médico, tal como lo ve el paciente, explicaciones del motivo de la consulta, la historia de la enfermedad actual, los antecedentes familiares y personales, la historia psico-social y los hábitos tóxicos.

Esta fase establece la relación médico-paciente, en la que se manifiesta la actitud del médico ante el enfermo, mostrando su respeto, su corrección, su interés humano, no su enjuiciamiento ante sus comunicaciones verbales y extraverbales.

Es importante que el médico evite las preguntas sugestivas o inductoras porque pueden llevar al paciente a dar respuestas falsas siguiendo la corriente al médico.

Análisis de comunicaciones

- A) ¿cuénteme, qué le pasa?
- B) ¿duerme bien o tiene dificultades?
- C) ¿le duele la cabeza?
- D) ¿ha tenido dificultades con la erección, verdad?

- A) ¿cuénteme, qué le pasa?
-pregunta en la que no hay efecto sugestivo.
- B) ¿duerme bien o tiene dificultades?
-pregunta con alternativa.
- C) ¿le duele la cabeza?
-pregunta sugestiva pasiva.
- D) ¿ha tenido dificultades con la erección, verdad?
-pregunta sugestiva activa.

Las preguntas c-d pueden producir respuestas que distorsionan la realidad y hasta frenar u obstaculizar el tratamiento que se espera permita recuperar la salud al paciente (iatrogenia).

Hasta aquí el usuario-paciente de forma intuitiva ha valorado el grado de preocupación que el médico muestra por su caso.

El médico así también ha obtenido elementos importantísimos para su objetivo, además de definir en qué momento del interrogatorio se evidenciaron resistencias.

4. - examen físico

Es la etapa sin duda de “mayor valor” para el paciente porque considera indispensable “un buen reconocimiento”.

Los equipos médicos juegan un papel muy importante en el “diálogo con la ciencia”.

El médico no debe limitar su examen a las preguntas del interrogatorio, especialmente ante enfermedades de valoración fácil.

Un examen superficial siembra dudas notables en el enfermo, respecto del valor de las apreciaciones diagnósticas y del tratamiento posterior.

El examen físico constituye el momento más difícil para el paciente, quien presa de angustia espera que se le diga el hallazgo de una patología severa. El médico debe planear el examen físico, teniendo en cuenta las preocupaciones que sobre el funcionamiento de los órganos vitales como el corazón, los pulmones, etc. Tiene el paciente, aunque no lo exprese.

Las expresiones verbales y no verbales planeadas durante el examen físico son un recurso muy eficaz para transmitir seguridad al enfermo.

5. - exámenes complementarios

El desarrollo de la ciencia hace más importante los exámenes complementarios. El médico debe evitar las tensiones que experimenta el paciente al saber el empleo de sofisticados equipos o tecnología médica de última generación. Debe explicar su objetivo como una comprobación rutinaria.

Debe cuidarse de manifestar cualquier duda sobre los resultados y controlar sus expresiones verbales y no verbales.

Cuidar que las órdenes o requerimientos de exámenes complementarios que manipule o porte el paciente tenga la suficiente discreción, aquí sí, evitando términos diagnósticos de conocimiento popular. Es el médico quien posteriormente explicará al paciente con un lenguaje adecuado su situación de salud.

6. - información

Es bueno reconocer que uno de los más importantes objetivos del usuario-paciente es saber qué tiene y cuál es el pronóstico.

El médico debe satisfacer la demanda de información que experimenta el paciente, de manera adecuada, programando siempre la forma, profundidad y momento de la información.

7. - medidas terapéuticas

Etapa culminante de la entrevista, en la que se indican los recursos, procedimientos, etc. Que devolverán al paciente la salud perdida.

El médico debe hacer su planeamiento terapéutico teniendo en cuenta tres niveles:

- Nivel biológico
- Nivel psicológico, y
- Nivel social.

En base a la historia integral que ha registrado.

Es importante saber aprovechar la motivación, estado de ánimo y sugestibilidad en el paciente a través de la entrevista, para aumentar por la vía psicológica el efecto de las prescripciones, las que siempre se deberán efectuar por escrito, evitando los peligrosos métodos verbales.

8. - la despedida

Es importante saber cerrar la entrevista y definir ante el enfermo el momento de su retirada.

Se aconseja que una vez señalada la próxima consulta o reconsulta, si es el caso, se estreche la mano al paciente y se hagan recomendaciones ansiolíticas finales:

Ejemplo: "bien, haga el tratamiento como está indicado y verá que todo se resolverá".

En ocasiones es útil la palmada en la espalda, dependiendo de la personalidad de ambos participantes.

Galeno hace 1,850 años atrás expresó:

"Cura mejor quien tiene la confianza de las gentes".

Elementos de información al paciente

Desde la posición del médico, obstetrices, enfermeras y técnicas de enfermería

información al paciente

- Nombres y apellidos del médico tratante.
- Nombres y apellidos de obstetrices, enfermeras y técnicas de enfermería.
- Condición general (no específica) de salud del paciente, previa coordinación con el médico tratante.
- Actitud que el paciente debe asumir en su tratamiento: aconsejamiento y orientación
- Administración de sus medicamentos (orden, horarios, dosificación, etc.)
- Uso de servicios del hospital: teléfono, lavandería. Guardería infantil laboratorio etc.
- Orientación sobre procedimientos hospitalarios.
- Administración de dietas alimentarias
- Recomendaciones al paciente para que éste informe o coordine con familiares, amigos (caso de estar en condiciones de hacerlo)
- Orientación general respecto del tiempo de permanencia en el hospital
- Procedimientos administrativos: horarios de oficina, personal que atiende, etc.
- Tasas de atención hospitalaria, costos, etc.
- Oportunidad en la información del estado de salud del usuario paciente a familiares
- Deben existir reportes de salud en cada estación hospitalaria:
 - En emergencia
 - En sala de operaciones
 - En cuidados intensivos(post-operatorios)
 - En pabellones o pisos(servicios o departamentos)
 - Información en emergencia

- Paralelamente a la urgente atención médica efectuar el registro e identificación del paciente-usuario y cualquier otra acción administrativa(pago de servicios)
- Inmediatamente después de efectuado el reconocimiento médico y aplicadas las pruebas complementarias que le permitan al médico efectuar un diagnóstico inicial, tomar contacto con la familia para tranquilizarla e instruirla en su forma de cooperación para la atención de su familiar por el centro hospitalario.
- Comunicarles la periodicidad en la entrega de reportes de salud: determinar a la persona que representará de manera formal a la familia y con la que se coordinarán todas las futuras acciones.(con capacidad para asumir decisiones y firmar autorizaciones de intervenciones quirúrgicas o de cualquier otro tipo de procedimientos)
- Comunicar a la familia el cambio producido por la decisión de internamiento en pabellones o pisos con indicación precisa del lugar (servicios-departamentos-pabellones-piso-cuarto-cama)
- La eficiencia en salud también se debe entender como la optima información del estado de salud del paciente-usuario a familiares.
- Instrucciones para canalizar la visita de familiares y amigos al cuarto de internamiento.
- Dar nombre del responsable médico quien coordinará con el representante familiar sobre procedimientos, medicamentos, etc. Y periodicidad de reportes de evolución de la salud del paciente.

Salud es también comunicación

La información y comunicación oportuna y adecuada genera colaboración y apoyo al esfuerzo del hospital en su objetivo de recuperación de la salud de los pacientes.

Información en sala de operaciones

- En intervenciones quirúrgicas, el médico tratante entregará primero, información integral, adecuada y oportuna al propio paciente como a sus familiares, respecto de la decisión médica de intervenir quirúrgicamente.
- Deberá ser cuidadosamente planificada, sobre todo cuando se le informe al propio paciente en caso de ser posible y necesario.
- El médico responsable entregará un reporte verbal al representante familiar sobre el estado de salud del paciente, que explique suficientemente la necesidad de la intervención y condición actual con la que se presenta a sala de operaciones, proyectando confianza y seguridad. (paralelamente efectuar el procedimiento de autorizaciones)
- Inmediatamente después de concluida la intervención el médico responsable entregará un reporte verbal al familiar representante, informando los resultados de la operación.
- No esperar que los familiares exijan información del médico.
- Coordinar los futuros procedimientos.
- Canalizar administrativamente el traslado del paciente de sala de operaciones a las instalaciones post-operatorias y luego a pisos o pabellones, informando los nombres de los profesionales de la salud que a partir de allí se encargarán del paciente.
- satisfacer cualquier otra duda que existiese en familiares sobre tratamiento médico-clínico, medicamentos, horarios de visita de familiares, etc.
- Alimentar la base de datos o información autorizada, referente al paciente-usuario, que administre la ventanilla u oficina de información al público. Cuidar la vigencia de ésta información.

Información en pisos, pabellones, servicios.

- El paso de un paciente-usuario, de un servicio a otro, debe comprender un eficiente registro e identificación en la nueva estación hospitalaria y su alta en la anterior.
 - la transferencia del paciente entre servicios debe reportarse a la oficina de informes y comunicar este cambio a la familia
 - El responsable médico del servicio o departamento, en pisos o pabellones o en su defecto el médico tratante, tomará contacto con el representante familiar para administrar la información, coordinaciones para acciones de apoyo y cualquier otra actividad o procedimiento.
 - Deben emitirse reportes periódicos, de la evolución del estado de salud de los pacientes internados, de preferencia diariamente, inmediatamente después de la visita o revista médica y de su diagnóstico. Atendiendo a ciertas interrogantes:
- Interrogantes para información
- estado de salud general del paciente
 - tiempo de permanencia futura en el servicio
 - nombres de profesionales responsables
 - necesidad de pruebas complementarias o interconsultas
 - Regímenes dietéticos.
 - ropa y efectos personales
 - atención a visitantes
 - Uso de artefactos o equipos (TV., celulares).
 - Costos o tasas por servicios de salud
 - Procedimientos administrativos varios.
 - Factores de presión en el usuario-paciente
 - El médico tratante, la enfermera u obstetrix, la técnica de enfermería, los familiares y amigos, la instalación hospitalaria.
 - El paciente-usuario impelido a una situación de ser humano disminuido, específicamente por su condición de enfermo y el no conocer aspectos de terminología y tecnología clínico-médica, pero sobre todo por la expectativa y preocupación en la recuperación de su salud; un hecho casi siempre desconocido.

- tarea: ayudar al paciente a recobrar su autoconfianza y su óptima calidad de vida.

Deben existir reportes de salud en cada estación hospitalaria:

- En emergencia
- En sala de operaciones
- En cuidados intensivos (post-operatorios)
- En pabellones o pisos (servicios o departamentos)

A. En emergencia

Paralelamente a la urgente atención médica efectuar el registro e identificación del paciente-usuario y cualquier otra acción administrativa-pago de servicios.

Inmediatamente después de efectuado el reconocimiento médico y aplicadas las pruebas complementarias que le permitan al médico efectuar un diagnóstico inicial, tomar contacto con la familia para tranquilizarla e instruirle en su forma de cooperación para la atención de su familiar atendido por el centro hospitalario.

Comunicarles la periodicidad en la entrega de reportes de salud; determinar a la persona que representará de manera formal a la familia y con la que se coordinarán todas las futuras acciones. (Con capacidad para asumir decisiones y firmar autorizaciones de intervenciones quirúrgicas o de cualquier otro tipo de procedimientos).

Comunicar a la familia el cambio producido por la decisión de internamiento en pabellones o pisos con indicación precisa del lugar (servicios-departamentos-pabellones-piso-cuarto- cama).

Instrucciones para canalizar la visita de familiares y amigos al cuarto de internamiento. Dar nombre del responsable médico quien coordinará con el representante familiar sobre procedimientos,

medicamentos, etc. Y periodicidad de reportes de evolución de la salud del paciente.

“La eficiencia en salud también se debe entender como la optima información del estado de salud del paciente-usuario a familiares”.

“La información y comunicación oportuna y adecuada genera colaboración y apoyo al esfuerzo del hospital en su objetivo de recuperación de la salud de los pacientes”.

“salud es también comunicación”

B. En intervenciones quirúrgicas-sala de operaciones.

Él médico tratante entregará primero, información integral, adecuada y oportuna al propio paciente como a sus familiares, respecto de la decisión médica de intervenir quirúrgicamente.

Esta deberá ser información cuidadosamente planificada, sobretodo cuando se le informe al propio paciente en caso de ser posible y necesario.

Él médico responsable entregará un reporte verbal al representante familiar sobre el estado de salud del paciente, que explique suficientemente la necesidad de la intervención y condición actual con la que se presenta a sala de operaciones, proyectando confianza y seguridad (paralelamente efectuar el procedimiento de autorizaciones).

Inmediatamente después de concluida la intervención el médico responsable entregará un reporte verbal al familiar representante informando los resultados de la operación (no esperar que los familiares lo exijan) y coordinando los futuros procedimientos.

Canalizar administrativamente el traslado del paciente de sala de operaciones a las instalaciones post-operatorias y luego a pisos o pabellones, informando los nombres de los profesionales de la salud que a partir de allí se encargarán del paciente.

Satisfacer cualquier otra duda que existiese en familiares sobre tratamiento médico-clínico, medicamentos, horarios de visitas de familiares, etc.

Alimentar la base de datos o información autorizada, referente al paciente-usuario, que administre la ventanilla u oficina de información al público. Cuidar la vigencia de esta información.

C. En pisos o pabellones-servicios-dptos.

El paso de un paciente-usuario de un servicio a otro, debe comprender un eficiente registro e identificación en la nueva estación hospitalaria y su alta en la anterior.

La transferencia del paciente entre servicios debe reportarse a la oficina de informes y comunicar este cambio a la familia.

El responsable médico del servicio o departamento en pisos o pabellones o en su defecto el médico tratante tomará contacto con el representante familiar para administrar la información, coordinaciones para acciones de apoyo y cualquier otra actividad o procedimiento.

En pisos o pabellones deben emitirse reportes periódicos, de la evolución del estado de salud de los pacientes internados, de preferencia diariamente, inmediatamente después de la visita o revista médica y de su diagnóstico.

Atendiendo a las siguientes interrogantes:

- Estado de salud general del paciente.
- Tiempo de permanencia futura en el servicio.

- Nombres de profesionales de la salud responsables.
- Necesidad de pruebas complementarias o interconsultas.
- Regímenes dietéticos.
- Ropa y efectos personales.
- Atención a visitantes.
- Uso de artefactos o equipos (TV-celular, etc.)
- Costos por servicios de salud.
- Procedimientos administrativos varios.

III.2.- Sistemas de Información

Información al cliente externo

Entre los métodos y técnicas de mejoramiento de la calidad al paciente – usuario del H.N.S.E.B., figura el Programa de Señalética integral, consistente en la instalación de un sistema de información al público con fases de investigación, planeación, ejecución y evaluación, fases de un típico programa de Relaciones Públicas.

El Programa señalético, consiste en la instalación de carteles de información y orientación al público ubicado estratégicamente en la planta física del Hospital.

Consideramos que para el mejor conocimiento del Programa de Señalética debemos proceder a su enfoque y descripción, a fin de entender la real importancia del sistema.

Señalética, es entonces, la parte de la ciencia de la comunicación visual, que estudia las relaciones funcionales entre los signos de orientación en el espacio y el comportamiento de los individuos. Es la técnica que organiza y regula estas relaciones (23).

De la Ciencia de la Comunicación social o de la información y de la semiótica, nace la señalética. Constituye una disciplina técnica que colabora con la ingeniería de la organización, la arquitectura, el acondicionamiento del espacio y la ergonomía bajo el vector del diseño gráfico, considerado en su vertiente más específicamente utilitaria de comunicación visual. La señalética responde a la necesidad de información o de orientación que está provocada, y multiplicada al mismo tiempo, por el fenómeno contemporáneo de la movilidad social y la proliferación de servicios, públicos y privados, que ella genera tanto en el ámbito cívico y cultural como en el comercial: transportes, seguridad, sanidad, circulación cultural, ocio, etc.

La aplicación de la señalética, esta dada al servicio de los individuos, a su orientación en un espacio o un lugar determinado, para la mejor

23). COSTA, Joan. Señalética. Pág. 9

y rápida accesibilidad a los servicios requeridos y para una mayor seguridad en los desplazamientos y las acciones.

El campo de acción de la señalética, es un campo cuajado de dificultades para el diseñador de información espacial, por lo que la exigencia rigurosa de sus funciones esenciales debe ser la instantaneidad informativa y la universalidad. Estas exigencias fundamentales definen la naturaleza y el objeto de la comunicación señalética en tanto que sistema de señales visuales o mensajes espaciales de comportamiento. Analicemos paso a paso esta definición:

- a. Sistema, como un todo orgánico, conjunto de partes coordinadas entre sí según leyes precisas que serán establecidas y explicitadas funcionalmente por medio de un programa.
- b. Señales, son estímulos breves, percutantes, que inciden en la sensación inmediata (acceso a la percepción)
- c. Visuales, porque la visión es el órgano receptor gestáltico por naturaleza, que tiene la capacidad de registrar instantáneamente configuraciones globales; la comunicación visual es además discreta y silenciosa (lo que Alberto Tonti llamó "las señales mudas"), lo cual constituye un factor importante del médium señalético
- d. Mensajes o contenidos informativos, en tanto que resultado inmediato de la percepción; las señales comportan elementos cognoscitivos de "novedad"; en el acto de la percepción cristaliza, el "sentido" (semiósisis) implícito en las señales, o en términos de la urgencia pragmática, la respuesta a mi necesidad de orientación como receptor – usuario.
- e. Espaciales, los sistemas de "señales – mensaje" no sólo implican la superficie material que los soporta (como es el caso del objeto-libro, el objeto-disco, etc.), sino que se incorporan al entorno, como el cartel, pero que a diferencia de éste se sitúa estratégicamente en el espacio, en los puntos precisos de incidencia de una circunstancia previsible –

prevista por la señalética – que sería efectivamente dilemática para el usuario, o que podría inducirle a error.

- f. Comportamentales, porque propicia, propone, determina comportamientos de los individuos: acciones, actos, actuaciones: la señalética difiere de otros modos de comunicación que desencadena procesos de persuasión, o procesos reflexivos, o reacciones que son expresadas por medio de mensajes (opiniones) por parte del receptor; para él, la señalética conlleva procesos dinámicos de componente energética o motriz.

“Podemos definir a la señalética como el sistema instantáneo e inequívoco de información por medio de señales visuales o mensajes espaciales de comportamiento, está implícita una condición esencial que todavía no hemos mencionado: la idea de comunicación o información automática” (24).

Además, podemos añadir, que el sistema de mensajes señaléticos no se impone, no pretende persuadir, convencer, inducir o influir en las decisiones de acción de los individuos. Sirve a éstos para orientar-se, esto es, para que cada uno se oriente a sí mismo en función de sus motivaciones, sus intereses, sus necesidades particulares. Estas observaciones son fundamentales para comprender la especificidad de la señalética como sistema de información frente a otros medios y sistemas de comunicación colectiva.

Asimismo, podemos definir a la señalética – en tanto que proceso u operación de auto-orientación- como el funcionamiento instantáneo y automático de la información por señales ópticas con relación a los individuos.

24) COSTA, Joan. Señalética. Pág. 10

Características de la Señalética

- Finalidad, Funcional-Organizativa
- Orientación, Informativo-Didáctica
- Procedimiento, Visual
- Código, Signos simbólicos
- Lenguaje icónico, Universal
- Estrategia del contacto, Mensaje fijos in situ
- Presencia, Discreta, puntual
- Percepción, Selectiva
- Funcionamiento, Automático-Instantáneo
- Espacialidad, Secuencial, discontinua
- Persistencia memorial, Extinción instantánea

Conclusiones sobre la especificidad y funciones de la Señalética

La señalética, presenta unos rasgos muy precisos que determinan su especificidad, tanto en su misma naturaleza, sus funciones y su lenguaje, como en su técnica. A modo de una recapitulación, recogemos aquí los datos principales del médium señalético:

- La comunicación señalética es efecto de la movilidad social, de la complejidad implícita de nuestra época y de la profusión de servicios que ello genera en función de los individuos.
- La señalética es una disciplina técnica que se aplica a la morfología espacial, arquitectónica, urbana, y a la organización de los servicios –sobre todos públicos y semi públicos- y del trabajo.
- Su finalidad es la información, la cual se quiere inequívoca e instantánea.
- Su funcionamiento implica la interacción automática de mensajes visuales que afectan a individuos, y actos de comportamiento en reacción a estos mensajes.
- Su sistema comunicacional se compone de un código universal de señales y signos (símbolos icónicos, lingüísticos y cromáticos) y un procedimiento técnico que se establece previamente por medio de un programa (diseño).

- Su estrategia comunicacional es la distribución lógica de mensajes fijos o estáticos ubicados in situ, dispuestos a la atención voluntaria y selectiva del usuario en aquellos puntos-clave del espacio que plantean dilemas de comportamiento.
- La señalética rehuye imponerse a la atención del público, provocar impacto, recurrir a la atracción estética. Es tal vez el ejemplo más significativo de comunicación funcional.
- Su lenguaje es especialmente monosémico, no discursivo, y evita toda retórica visual.
- Su principio es el de la economía generalizada: máxima información con los mínimos elementos y con el mínimo esfuerzo de localización y comprensión por parte del receptor.
- Su presencia es silenciosa: su espacialidad o secuencialidad es discreta; su utilización es optativa: su condición: funcionar y borrarse de inmediato del campo de conciencia de los individuos.
- Sus disciplinas y técnicas implicadas son: el diseño gráfico de programas, la planificación, la arquitectura, la ergonomía, el entorno o medio ambiente, la producción industrial.

Otros rasgos que definen a la señalética, que no pueden quedar al margen de estas conclusiones son:

- La señalética es una evolución de la práctica de señalización, aplicada a problemas particulares de información espacial.
- La señalética se integra al espacio-ambiente y contribuye a promocionar una imagen de marca.
- Los programas señaléticos a menudo se incorporan a otra clase de programas de identidad corporativa.

La señalética se ocupa de programas específicos para problemas particulares, es lo opuesto a la señalización. Aquí la pregunta debe hacerse, por tanto a la inversa de cómo la hemos formulado en el epígrafe "la señalización y el entorno"

Cada arquitectura crea un entorno propio, los bancos, supermercados, aeropuertos; el diseño señalético no podrá hacerse

de la misma manera, las señalizaciones en cada uno de éstos lugares, y se impone con una personalidad particular, la simbología señalética debe integrarse y formar parte de esta personalidad arquitectónica y ambiental; la respuesta no es simple y debe buscarse en las principales premisas de la señalética, que a continuación se explica.

El individuo como centro:

Primero se debe identificar unos determinados lugares y servicios, externamente y luego internamente y facilitar su localización en el espacio arquitectónico, urbanístico, etc. La información debe permanecer abierta a las motivaciones y necesidades de los usuarios a cada instante. Se debe dejar la libertad de decisión de utilizar o no estos servicios, y cuáles precisamente, y en qué orden, que será el de sus propias preferencias y urgencias.

Sin embargo, lo que determina un plan señalético no es sino la organización del espacio y, en consecuencia, la organización de los actos individuales.

Toda prestación de servicios: administración pública, transportes, banca, asistencia sanitaria, etc., la información señalética es el primer servicio que se presta al público.

Adaptación de la señalética al medio

Un gran banco, un complejo deportivo, una administración pública, un centro hospitalario o el metro de la ciudad, constituyen cada uno de ellos un "universo". Sin embargo este conjunto puede ser examinado desde diferentes niveles, cada uno de ellos presenta características muy precisas a las que todo programa señalético debe sujetarse.

Así todo espacio de acción obedece a una función precisa: una estación de ferrocarril, un museo o un parque público son definidos como tales por sus funciones sociales. Existen para ello determinados códigos, correlativos a cada función del medio, que forman parte de un nivel de conocimiento que está constituido por fragmentos de cultura –culturemas-, y que en sí mismo implica una

convención social. Es fácilmente verificable este hecho, y la aplicación de una encuesta muy sencilla de tipo “diferencial semántico” (Osgood) o “constelación de atributos” (Moles), pondrían de manifiesto la existencia de unos determinados estereotipos mentales que se vinculan claramente a cada función. Por ejemplo, un centro hospitalario seguramente es pensado por la mayor parte de los individuos como: limpio, higiénico, luminoso, funcional, blanco, silencioso, sedante, etc., etc.

La estructura arquitectónica, constituye otra dimensión del problema u otro nivel de adaptación señalética. Un hospital puede ser arquitectónicamente simple y transparente, lógico y proporcionado a los ojos del usuario, o puede ser complejo, laberíntico, opaco, desequilibrado en las relaciones espaciales y volumétricas (alturas de los techos versus pasillos, escaleras, columnas, etc.). En la medida de esta simplicidad o complejidad relativas, la información señalética es afectada en principio, y no es en absoluto lo mismo resolver un tipo u otro de problemas si se trata de una estructura transparente y franca o de un laberinto. He aquí otro de los condicionantes que incide en los proyectos señaléticos.

El proyecto señalético se incorpora y se supedita entonces a un programa mayor, mucho más complejo y sobre todo global, que se propone objetivos esencialmente diferentes. Así que la señalética se adapta aquí doblemente a la imagen que se desea proyectar al exterior, a la cual debe contribuir a reforzar y, por eso mismo, el plan señalético debe adaptarse a las directrices que impone el programa de identidad corporativa.

Resumiendo los aspectos implícitos en los apartados que acabamos de considerar en este capítulo, señalaremos que la adaptación de la señalética al medio, que es una premisa fundamental de esta disciplina y uno de los principales factores diferenciales por relación a la señalización, se diversifica en una serie de estreñimientos:

- El espacio, en el sentido más general del término: el espacio total y los espacios parciales en que éste se subdivide,
- La morfología arquitectónica o del entorno,

- La organización del espacio en función de los servicios que se prestan al público,
- Las distancias de visión de los paneles señaléticos, que determinan su tamaño y contraste,
- La iluminación ambiente: luz natural y/o artificial, o ambas a la vez.
- La imagen de marca del espacio objeto de tratamiento señalético.

En cuanto a las premisas propias del sistema señalético, recordemos que la principal es la economía generalizada, en el sentido de la máxima simplicidad, tanto en el lenguaje señalético como en el número de paneles y los sistemas técnicos de construcción y montaje.

Es esencial la adecuada adaptación de los recursos informacionales a sus capacidades expresivas, en relación con el lenguaje señalético. Ciertos tipos de información requieren el código lingüístico, mientras otros se transmiten más eficazmente por medio del código icónico. Ambos pueden reforzarse a su vez con el código cromático.

Y finalmente, debe tenerse en cuenta la existencia de unas normas internacionales precisas, que constituyen un aparte importante del lenguaje señalético gracias a la extensión geográfica de su implantación y que, por eso mismo, deben ser respetadas.

Además, los colores son también signos –cromáticos- e igualmente lo son las formas básicas en las que éstos se inscriben: lo que podemos llamar el espacio gráfico (que será materializado por el panel señalético, el cual generalmente es rectangular y situado en sentido horizontal) y también las formas propias de cada signo: flecha, texto, pictograma.

Cómo se organiza un programa señalético

Partiendo de la idea de programa, en el sentido que se ha expuesto precedentemente, y en base a los principios prácticos que hemos anotado, vamos a establecer ahora un esquema de las diferentes etapas que integran el proceso de creación e implantación de los programas señaléticos. El conjunto de éstas etapas, así como el orden secuencial con que serán enumeradas, apenas es modificable en la práctica, aunque el proceso se simplifique en determinados casos. Por eso, el modelo que hemos elaborado puede decirse que constituye una matriz universal.

Un programa señalético se compone de siete grandes etapas, interrelacionadas entre sí y en sus momentos precisos, con el que llamaremos el cliente, el cual representa el "sujeto señalético". Estas etapas son.

1. Toma de contacto con la problemática objeto de señalética;
2. Acopio de información que está implícita en el problema;
3. Organización o planificación del proceso de trabajo;
4. Diseño gráfico y preparación de prototipos;
5. Realización industrial de los elementos señaléticos;
6. Supervisión de la producción e instalación;
7. Control experimental del funcionamiento del programa en práctica,

Las relaciones interprofesionales

Para el diseñador, sus relaciones con el cliente implican la colaboración profesional con los distintos especialistas que comúnmente intervienen en el acondicionamiento del espacio objeto de tratamiento señalético, por parte del cliente: arquitecto, ingeniero en organización, ergonomista, interiorista y un coordinador ejecutivo del programa por parte del cliente, que es designado por éste mismo.

El diseñador necesita un coordinador ejecutivo del programa, quien asistirá todo el proceso en sus aspectos de organización, planificación e información y desarrollo, así como administración y seguimiento.

Etapa 1. Contacto

El programa se inicia, lógicamente, con la toma de contacto con el espacio real en tanto que lugar sujeto de tratamiento señalético. Este espacio está destinado al público en la oferta y prestación de servicios diversos: utilitarios, distractivos, culturales, etc.

Se tuvo en cuenta los aspectos siguientes:

1.1. Tipología funcional

¿Se trata de un hospital, administración pública, espacio deportivo, parque zoológico, grandes almacenes, aeropuerto...?. La función es la primera premisa, pues dentro de la función global se incluyen a menudo una serie de otras funciones subsidiarias o secundarias, como por ejemplo: guardería infantil, ascensores, lavabos, teléfono, etc.

1.2. Personalidad

Todo espacio destinado a la acción de sus públicos posee unas características que les son propias. Por ejemplo, un centro hospitalario evocará higiene, orden, seriedad; factores, mientras que unos grandes almacenes suscitarán una cierta euforia, se distinguirán por la profusión, luminosidad, colorido, elementos destinados a estimular un clima particularmente activo y propicio a la compra.

Estos factores, que en efecto varían de un lugar a otro, han sido ya evocados en el epígrafe "Adaptación de la señalética al medio".

1.3. Imagen de marca

Dentro de cada tipología funcional del espacio público, y dentro también de su propia personalidad, se incluye todavía otra dimensión más específica: la imagen de marca. Se trata de la diferenciación –o de la identidad– entre entidades diferentes, según el principio señalético de que todo programa debe crearse en función de cada caso particular.

Así no todos los bancos, por el hecho de ser bancos, dispondrán de un modelo universal, sino que, al contrario, por ser cada uno un banco diferente, sus programas señaléticos serán concebidos en función, por una parte, de la personalidad bancaria –que ya constituye un determinado estereotipo-, pero por otra parte, y sobre todo, de la imagen que corresponde a cada entidad en particular. Para esto se tendrán en cuenta las connotaciones distintivas que conviene reforzar, tomando como referencia el programa de identidad corporativa o el programa de imagen global, según los casos.

Para la investigación que nos ocupa se procedió conforme a lo descrito, es decir tomando en cuenta la personalidad del hospital Sergio E. Bernales.

Etapa 2. Acopio de información

Esta etapa tiene por objeto la descripción exacta de la estructura del espacio señalético, así como sus condicionantes. También incluyen en esta etapa las nomenclaturas que definen las informaciones señaléticas a transmitir.

2.1. Plano y territorio

Lectura de los planos e identificación sobre el terreno de la estructura espacial y sus puntos-clave:

- a. zonificación
- b. ubicación de los servicios
- c. recorridos

Señalización de a., b. y c. en los planos.

A menudo la ubicación de los servicios es provisional, factor que deberá tenerse en cuenta por lo que requerirá un código circunstancial de señalación sobre planos.

2.2. Palabras-clave

Las diferentes necesidades de información que se localizan sobre el plano incidiendo con cada itinerario, se expresan por medio de palabras fundamentales: aparcamiento,

información, ascensores, salida, etc. Estas palabras poseen una importancia esencial toda vez que definen los diferentes servicios, o determinan las reglamentaciones (obligatoriedad, prohibición) que se convertirán en unidades de información para el público.

Conviene establecer un patrón de estas palabras-clave y someterlo a verificación, pues con frecuencia la entidad utiliza una terminología técnica, cuando no burocrática, que no coincide con el vocabulario del público que va utilizar en servicios correspondientes. Cuando esta tarea de verificación terminológica requiera un cierto tiempo en el diseño de programas se podrá emplear vocablos provisionales en el curso de la tarea, supeditados naturalmente, a la terminología definitiva.

2.3. Documentos fotográficos

Se tomarán fotografías de los puntos-clave, toda vez que existen una serie de factores que un plano no revela, relativos a esos puntos de vista de los individuos en situación. Para eso se tendrá en cuenta los siguientes criterios:

- a. Puntos más importantes desde la óptica estadística (mayor afluencia de público).
- b. Puntos más destacados como problema (situaciones dilemáticas) que no son identificables en los planos ni, por otra parte, una descripción escrita es capaz de poner en evidencia y mostrar tan directamente.

2.4. Condicionantes arquitectónicos

No siempre el diseño arquitectónico de una construcción corresponde al uso que ésta tendrá ulteriormente. Esta es la causa principal que hace que a veces la lógica de la zonificación determinada por el ingeniero en organización, no coincida con la lógica de la construcción. Sin embargo, convendrá evitar rodeos, facilitar los accesos, hacer

transparente el medio donde tendrá lugar la acción de los individuos.

En este momento del proceso conviene anotar todos aquellos condicionantes arquitectónicos que pueden incidir (limitándolo o constriñéndolo) en el programa. Por ejemplo: alturas irregulares de los techos, lugares de uso privado, recorridos inevitables, condiciones de iluminación natural, etc.

2.5. Condicionantes ambientales

Si se trata de lugares donde la ambientación interior o exterior se presenta como una situación de hecho, y estas condiciones son determinantes para la concepción del programa señalético, es necesario incluirlas en este acopio de información que constituye la etapa 2.

Se tomará nota del estilo ambiental, los colores dominantes o combinaciones de colores, condiciones de iluminación natural y artificial, decoración, mobiliario, elementos complementarios, materiales, texturas, etc., ya que no siempre hay congruencia entre la realidad y la imagen que, a través de esta realidad, se desea proyectar por medios señaléticos.

2.6. Normas gráficas preexistentes

En ciertos casos existe un manual de identidad corporativa que define los principales recursos gráficos empleados por la entidad en cuestión: tipográficos, icónicos, cromáticos. Cuando se da esta circunstancia es preciso que se ajuste a la normativa establecida, siempre que ésta permita combinarse con las necesidades funcionales de la señalética –de las que hemos tratado más arriba-, como claridad, simplicidad, etc.

En otras ocasiones en a la inversa. El programa señalético suscita la conciencia de la necesidad de un programa de identidad corporativa, pues al ver organizada una parte de las comunicaciones por medio de la señalética, se pone de

manifiesto la conveniencia de organizar igualmente las demás formas de comunicación y coordinarlas entre sí.

Etapa 3. Organización

A partir del conjunto de documentos e informaciones obtenidos en las etapas precedentes, se trata de planificar lo que será efectivamente el trabajo de diseño, el cual se iniciará en la siguiente etapa (4).

3.1. Palabras-clave y equivalencia icónica

Se tomarán las expresiones lingüísticas que previamente han sido definidas por el cliente y/o sometidas a test entre una muestra representativa de la población usuaria. Este listado definitivo substituirá al listado provisional que eventualmente el diseño haya utilizado hasta aquí.

De este modo queda perfectamente definido el sistema de nomenclaturas que será la base para la formalización de la información señalética.

Conforme, pues, al repertorio lingüístico que integra el sistema de nomenclaturas, será conveniente recopilar las diferentes muestras de pictogramas ya existentes que corresponden a dichas nomenclaturas, con el fin de verificar su posible adopción. Es bien sabido que los pictogramas existentes tienen diferentes procedencias, o bien han sido rediseñados en función de los distintos casos a los que debían adaptarse. Esta circunstancia hace que:

- Se encuentren diferentes versiones pictográficas para cada palabra-clave o para cada enunciado informacional, y;
- Estas versiones diferentes presenten a su vez estilos también diferentes. Es este un aspecto fundamental del diseño.

Se impondrá aquí una reutilización (que será objeto de la próxima etapa) de pictogramas ya institucionalizados. Pero, esto es fundamental, siempre que se trate de pictogramas

perfectamente conocidos y correctamente enunciables por los usuarios.

De hecho, este criterio debe ser el determinante del uso de pictogramas o, en su imposibilidad práctica, el uso de palabras escritas.

3.2. Verificación de la información

Después que se dispone del listado de las nomenclaturas, planos y fotografías, conviene verificar las anotaciones tomadas en las etapas 1 y 2.

Indicación sobre planos de los itinerarios definitivos, o confirmación de los indicados anteriormente. Señalar los recorridos principales en diferente color que los obligados, los optativos, los alternativos. Señalar los accesos principales y secundarios, los puntos de información y control de visitantes. Ascensores, escaleras, minusválidos. Reglamentaciones de obligatoriedad y prohibición. Marcar los sistemas de seguridad y salidas de emergencia.

Determinar los puntos-clave sobre el terreno. Ensayo experimental de cómo procederá el visitante (aproximación fenomenológica) y detección de los puntos dilemáticos sobre el terreno e identificación en planos y fotos: ¿Hacia dónde seguir cuando hay dos o más alternativas?.

El objeto de estas verificaciones es reconducir toda la información precedente al nivel actual de necesidades para proceder a los pasos siguientes.

3.3. Tipos de señales

Las palabras-clave que son la base de la información a transmitir serán clasificadas por grupos según sus características principales:

Señales direccionales, pre-informativas, de identificación, restrictivas o de prohibición, emergencia.

Esta primera tipificación es de hecho el embrión de una codificación ulterior, cuyo uso será decisión del diseñador señalético.

3.4. Conceptualización del programa

Con todos los datos obtenidos hasta aquí, se redactará un informe donde se recogerá lo más significativo del programa a criterio del diseñador:

- objetivos del programa
- antecedentes
- necesidades informativas,
- imagen de marca,
- condicionantes arquitectónicos y ambientales,
- identidad corporativa,
- sistema de nomenclaturas

Asimismo se incluirán en el informe:

- a. la descripción del proceso de diseño hasta la implantación del programa (etapas 4 a la 7)
- b. los tiempos parciales previstos para el trabajo del diseñador
- c. Sus honorarios, si no se han precisado con anterioridad.

Aprobación del proyecto por el cliente.

Etapa 4. Diseño Gráfico

Esta etapa y la siguiente constituyen de hecho el conjunto de tareas específicas de diseño gráfico, mientras que las etapas 1, 2 y 3 comprenden el diseño conceptual y organizativo –planificación- de todo el proceso. Finalmente, las etapas 5, 6 y 7 se ocuparán de la realización material del programa por medios industriales, así como de su instalación y de la verificación del funcionamiento del sistema señalético por parte del equipo del diseñador.

4.1. Fichas señaléticas

En base a las palabras-clave que definen cada servicio; la localización de éstos en planos y fotografías; la señalización de itinerarios sobre planos y la indicación de los puntos-clave sobre el mismo plano (dirección, pre-información, identificación, prohibición, emergencia), se

precederá a la preparación de fichas, una ficha para cada señal informativa. Estas fichas harán constar:

- Situación de la señal en el plano, lo cual puede hacerse con una referencia convencional, como un número u otro elemento,
- Clase de señal: colgante, banderola, panel, mural, con pie, directorio, sobremesa, etc.,
- Texto (indicándolo en sus idiomas correspondientes, sí éste es el caso),
- Pictograma (sí corresponde),
- Situación flecha direccional (sí corresponde),
- Colores: fondo, texto, pictograma, flecha, medidas totales,
- Observaciones (por ejemplo, sí la banderola es de doble cara).

El conjunto de estas fichas constituye efectivamente todo el sistema señalético, que a continuación deberá desarrollarse.

4.2. Módulo compositivo

A la vista del esbozo de cada señal – que cada ficha es de hecho- se establecerá un módulo para la composición de todas las señales, teniendo en cuenta la distribución de los elementos informacionales dentro del espacio de cada señal. Sobre esta matriz se establecerá la composición para cada una de las señales que integran el programa de acuerdo con el estilo global del mismo.

4.3. Tipografía

Conforme a los datos de las etapas 1 y 2, relativos a la morfología del espacio, condiciones de iluminación, distancias de visión, personalidad e imagen de marca –y eventualmente, programa de identidad corporativa- se seleccionarán los caracteres tipográficos. Esta selección obedecerá, por tanto, a los criterios de connotaciones atribuidas a los diferentes caracteres tipográficos, y de

legibilidad. Asimismo serán definidos el contraste necesario, el tamaño de la letra y su grosor.

4.4. Pictogramas

Tomando como punto de partida el repertorio de pictogramas utilizables, se procederá a la selección de los más pertinentes desde el punto de vista semántico (significación unívoca), sintáctico (unidad formal y estilística) y pragmático (visibilidad, resistencia a la distancia).

Los pictogramas seleccionados pueden ser rediseñados en función de establecer un estilo particularizado. Asimismo puede serlo la flecha; elemento señalético insustituible. Sólo cuando sea objetivamente justificable se crearán nuevos pictogramas, y éstos deberán asegurar las máximas capacidades de interpretación correcta por parte de los usuarios, por lo cual, dichos pictogramas de nuevo cuño deberán ser testados antes de su incorporación al programa.

4.5. Código cromático

La selección de los colores puede reducirse al mínimo número y combinaciones o bien constituir un código más desarrollado. En este caso, la codificación por colores permite diferenciar e identificar diferentes recorridos, zonas, servicios, departamentos, plantas de un edificio, etc.

Cuando los colores corporativos, normalizados en el manual correspondiente, deban tener un peso específico o éstos son reducidos a un solo color, puede ser conveniente la aplicación de un subcódigo cromático del tipo que acabamos de indicar.

En todos los casos se realizarán pruebas de contraste y siempre convendrá tener en cuenta las connotaciones o la psicología de los colores, tanto en función de su capacidad informativa como de la imagen de marca.

4.6. Originales para prototipos

La mejor forma de comprobar la intencionalidad gráfica del programa y sus efectos reales es, sin duda, la realización de prototipos.

Para ello, el diseñador elegirá las señales que considera más significativas de acuerdo con el programa, y preparará los originales correspondientes.

4.7. Selección de materiales

Disponiendo de la información necesaria acerca de los materiales existentes y de un directorio de fabricantes, tanto de productos de señales, el diseñador procederá a la selección de materiales de acuerdo con los fabricantes de máxima garantía.

Se decidirán los tamaños de las señales, los materiales; el uso de la iluminación, si ello es requerido por las condiciones del espacio a tratar señaléticamente; los sistemas de fijación de paneles. Por supuesto que se observarán las recomendaciones y normas internacionales, así como las precauciones contra el vandalismo.

4.8. Presentación de prototipos

Los prototipos realizados serán presentados al cliente como el resultado de su aprobación en la etapa 3, Organización, y del estudio comprendido en esta etapa 4. Junto con los prototipos, que serán instalados en su lugar correspondiente en la realidad, se presentará todo el estudio de diseño: tipografía, pictogramas, códigos cromáticos, fichas de las señales, etc.

El resultado de esta presentación de los prototipos es, por supuesto, la aprobación de éstos y del propio programa en un conjunto.

Etapa 5. Realización

Una vez aprobados los términos del programa y los prototipos reales, deberán ejecutarse los dibujos originales de todas las señales.

Normalmente el fabricante seleccionado para la realización industrial del programa cuenta con medios informáticos. En este caso no será necesario que el diseñador se ocupe de realizar los dibujos originales.

5.1. Manual de normas

De todos modos, es indispensable que el diseñador realice el manual señalético, el cual será un resumen práctico de todas las etapas del proceso, con especial énfasis en la etapa 4.

Se incluirán en el manual las fichas de todas las señales, así como la tipografía seleccionada, los pictogramas definitivos, el código cromático, clases de señales, pauta modular compositiva, medidas de las señales y alturas para su colocación.

5.2. Asesoramiento

El diseñador asesorará a su cliente en la elección de proveedores para la adjudicación de la producción e instalación del sistema señalético.

Criterios: capacidad productiva, disponibilidad de los materiales requeridos, métodos de producción, sensibilidad, servicio, referencias anteriores, presupuesto, tiempos y, eventualmente, mantenimiento.

Revisión de las ofertas. Contacto con los candidatos.
Recomendaciones.

Aprobación del presupuesto de realización.

Etapa 6. Supervisión

El diseñador debe responsabilizarse de que su proyecto sea perfectamente interpretado en su proceso de realización final y de su instalación.

6.1. Inspección del proceso de producción en el taller del fabricante.

Asistencia en caso de dudas o de cualquier problema.

6.2. Dirección de la instalación en los emplazamientos previstos: distancias, alturas, etc.

Etapa 7. Control Experimental

Cuando se trata de programas que han de quedar instalados por largo tiempo (lo contrario de eventos circunstanciales), se procederá, después de un tiempo adecuado, a una investigación experimental de su funcionamiento en la práctica. De esta investigación, y de las eventuales necesidades que pudieran haber surgido, se procederá a las modificaciones que sean pertinentes.

- 7.1. Investigación experimental del funcionamiento del sistema: problemas de comprensión icónica, de legibilidad o de interpretación: emplazamientos a corregir; ajustes, ampliaciones o supresiones.
- 7.2. Puesta en práctica de las modificaciones correspondientes a esta etapa de control experimental. Verificación final.

CAPÍTULO IV Análisis e Interpretación de Resultados

IV.1.- Resultados

Informe de Gestión, Consultoría y Asesoramiento en Relaciones Públicas e Imagen Institucional - Hospital Sergio Bernales.

El presente Informe corresponde a la Gestión de Consultoría y Asesoramiento en Relaciones Públicas e Imagen Institucional ejecutado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el año 2000.

Ámbitos de Ejecución:

- Dirección General del Hospital
- Unidad de Imagen Institucional.

Fase de Investigación

La Dirección General del Hospital Nacional Sergio E. Bernales con fecha 04 de Agosto de 1999, mediante Resolución N° 026-06-HNSEB-99/OPPR aprobó el Proyecto del Plan Estratégico 1999-2004 (Base de planes Operativos Institucionales).

El Plan Operativo Anual de Fortalecimiento de la Gestión Corporativa del HNSEB (03-1-2000), es propuesta ejecutada por la Consultoría y Asesoramiento de Imagen Institucional y Relaciones Públicas, dentro de los parámetros de Calidad y Eficiencia en la atención a los problemas de Salud de la población de su ámbito de acción inmediata.

Fase de Planificación

Plan Operativo Anual de Fortalecimiento de la Gestión Corporativa del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Objetivos Generales:

Desarrollar Programas Específicos en el ámbito de Cultura e Imagen Corporativa, destinados al Fortalecimiento de la Gestión Corporativa del HNSEB, dentro de los parámetros de Calidad y Eficiencia en la atención a los problemas de Salud de la población de su ámbito de acción. (Ver Cronograma de Ejecución en el Plan Operativo).

Enfoque de dos Importantes Programas

- Programa de Capacitación en “Técnicas de Atención al Público Usuario-Paciente”
- Programa de “ Información Señalética”.
Técnicas de Atención al Público

Programa de Capacitación en “Técnicas de Atención al Público Usuario-Paciente”

Público Objetivo: Grupos Ocupacionales Homogéneos en Contacto con Usuarios-Pacientes: Médicos, (otros profesionales) Obstetrices, Enfermeras, Técnicas de Enfermería, Personal Administrativo, Personal de Seguridad y Orientación Hospitalaria y Damas Voluntarias.

Objetivo: Mejorar la Calidad y Eficiencia de la Atención al Público Usuario-Paciente.

Programación de Actividades: Enero-Diciembre 2000

Meta : Ejecutada en 90 %

Contenidos Temáticos

- Elementos Componentes de la Atención al Usuario.

La Oferta: Ubicación Geográfica, Información Señalética, Instalación Física, Gestión.

La Demanda: Necesidades del Usuario, Visión Compartida, ámbito de interacción interdependiente, Acción Proactiva con los Públicos, Redes Comunicacionales en Cadena por Niveles Ocupacionales frente al usuario. Niveles porcentuales de Eficiencia en la Interacción y Coordinación. Canales Informales para la Comunicación Formal.

Contenidos Temáticos

Elementos de Información al Paciente:

En Emergencia, en Sala de Operaciones, en Cuidados Intensivos (post Operatorios), en Pabellones o Pisos (Servicios o Departamentos).

Factores de Presión en el Usuario-Paciente

Fases de la Atención al Usuario-Paciente desde la Posición del Profesional de la Salud: Médico. Fase de Pre-Atención, Fase de Atención: La Entrevista Médica. La Recepción, Identificación, Interrogatorio, Examen Físico, Exámenes Complementarios, Información, Medidas Terapéuticas, La Despedida. Fase de Post Atención.

Contenidos Temáticos

Recomendaciones para mejorar la Relación Paciente-Profesional de la Salud.

Refuerzo de la Calidad en el Servicio y la Satisfacción del Cliente-Usuario.

Relaciones Públicas e Imagen Institucional: El Paciente como Público Principal, Objetivos para mejorar la Calidad de Vida de la Población, Relaciones Públicas en el Hospital, El Paciente, La Salud, Capacitación del Personal para su Relación con los Pacientes, Atención a Familiares y Amigos del Paciente, El Prestigio de la Institución, Cultura de Salud en la Comunidad.

Programa de Información Señalética

- Objetivo: Optimizar la Señalización de las Instalaciones para una mejor Información u Orientación del Público Usuario-Paciente.
- Programación de Actividades
Inicio : Marzo del 2000
Término : Junio del 2000
Meta : Programa Ejecutado en un 100 %

Fase de Ejecución

Estrategias

1.2. Fomentar una Cultura Institucional de Trabajo en Equipo y,
1.3. Fortalecer la Imagen Institucional Corporativa y Externa, Ejecutadas en los meses de Noviembre y Diciembre del 1999 mediante un Programa de Sensibilización y Motivación, consistente en la preparación y difusión de dos Afiches alusivos al

Cambio de Mentalidad y Actitud en el personal en general del Hospital.

Matriz de Tabulación de Encuesta

“Curso de Capacitación en Técnicas de atención al público”

Hospital Nacional Sergio E. Bernales

Por Grupos Ocupacionales

Informe de gestión

1.A. Grupo Ocupacional: Personal de Seguridad y Vigilancia.

Fecha de Capacitación: 13-01-2000 / 17-01-2000

21-01-2000 / 14-02-2000

07-02-2000

21-07-2000 al 08-08-2000

1.B. Universo Muestral 538 participantes

Proporcionalidad de la muestra: 275 participantes
(51% del Universo)

N° de Participantes: 33

Porcentaje de la muestra: 12%

1.C. Apreciaciones del Participante

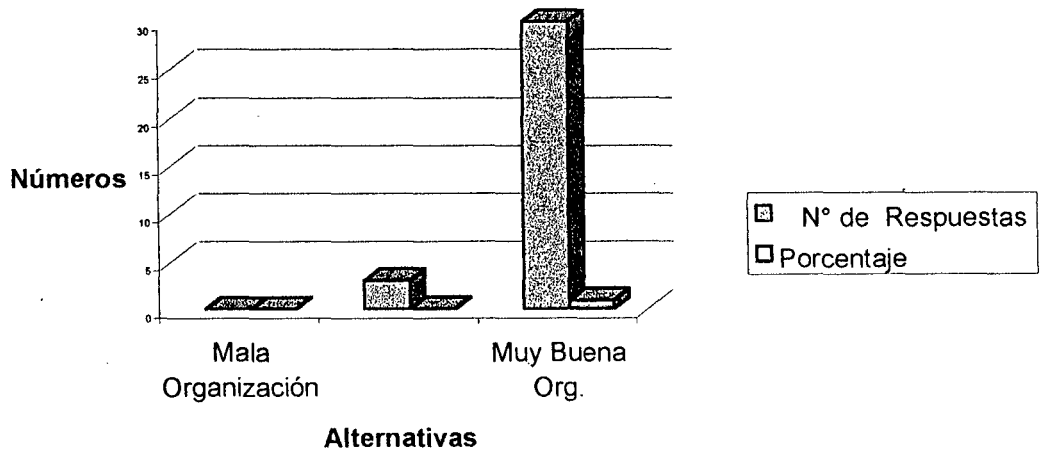
Cuestionario de Encuesta

1. ¿La organización del curso que le parece?

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Mala Organización	0	0%
Buena Organización	3	9%
Muy Buena Org.	30	91%
Total	33	100%

Comentario:
Contrastación
positiva del
objetivo

La Organización del Curso le parece:



Lo que faltó (resumen)

Muy poco tiempo en el curso

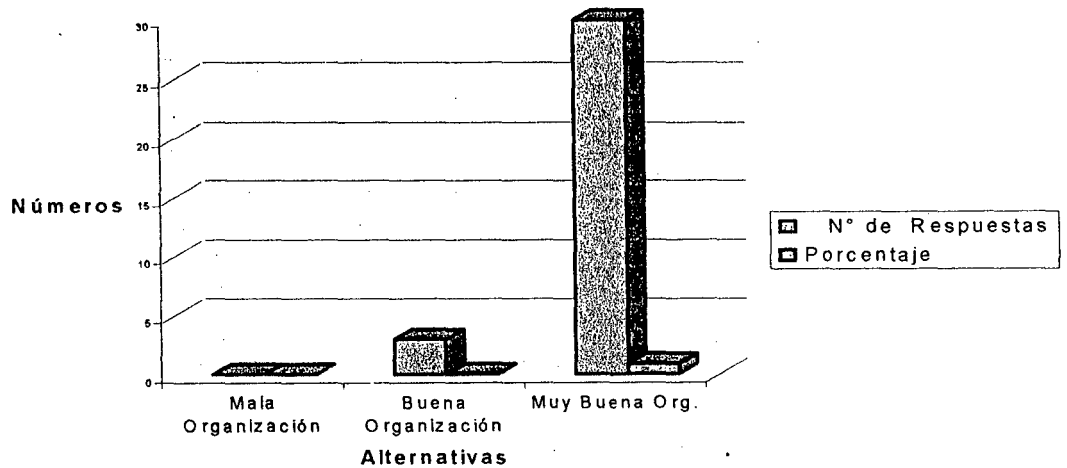
Información importante para el desempeño del agente de seguridad y vigilancia.

2. Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	3	9%
Muy Bueno	30	91%
Total	33	100%

Comentario:
Se mantiene la tendencia positiva

La Organización del Curso le parece:

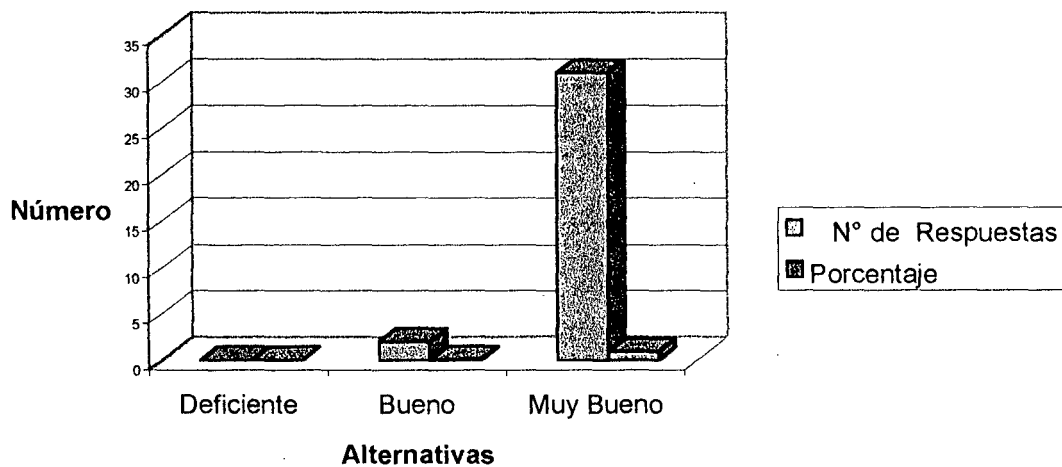


3. Opinión del Desempeño del Expositor:

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	2	6%
Muy Bueno	31	94%
Total	33	100%

Comentario:
Tendencia
positiva

Opinión del Desempeño del Expositor

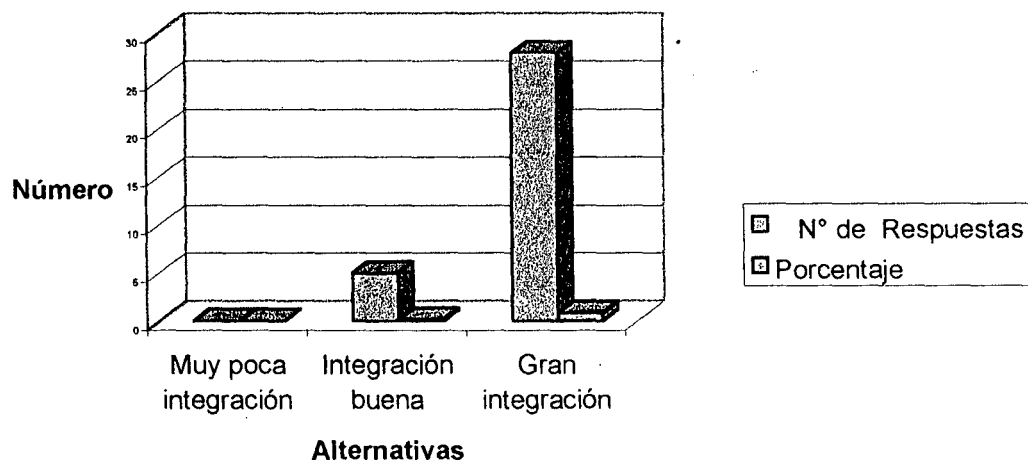


4. Cómo califica la integración del Grupo participante

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poca integración	0	0%
Integración buena	5	15%
Gran integración	28	85%
Total	33	100%

Comentario:
Se manifiesta gran integración

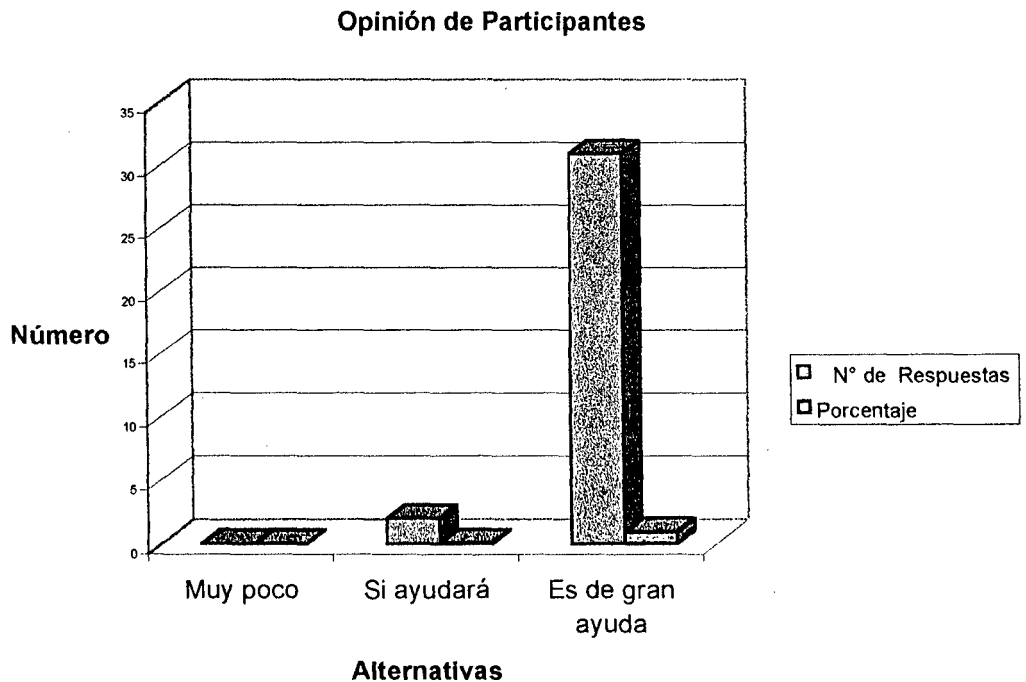
Cómo califica la integración del Grupo participante



5. Opinión de los participantes respecto de la Contribución del Curso a la Consolidación de los Niveles de Eficiencia y calidad en la atención al público usuario del HNSEB.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poco	0	0%
Si ayudará	2	6%
Es de gran ayuda	31	94%
Total	33	100%

Comentario:
Se considera
el Curso de
gran ayuda



6. Resumen del Comentario Final: "Prácticamente fue una gran orientación para nosotros de cómo podemos tratar a los pacientes y familiares".

Curso muy bueno, hace reflexionar, continuar capacitando, ayuda a hacer más humanitario, ayuda a crecer, debe desarrollarse el Curso cada seis meses.

• Irregularidades Diagnosticadas y Sugerencias:

- En la parte posterior del Hospital falta más alumbrado y torreones para divisar más en las noches.
- Instalar un anexo telefónico al vigilante de la parte posterior del Hosp. para emergencias
- Brindarnos uniformes para poder distinguirnos
- Proporcionarnos Información suficiente para transmitir a Pacientes o Visitas.
- Dotar de Material de Escritorio para Reportes
- Tener bastante comunicación con personal de vigilancia para un mejor servicio.
- Deficiente comportamiento de familiares
- Ingreso con Niños
- Agresiones al personal
- Visitas fuera de Hora
- Deficiente información en pabellones sobre permanencia de pacientes internados, para a su vez informar a familiares.
- Poca amabilidad para atender a Pacientes y Usuarios.
- Falta de extinguidores y otros materiales para casos de incendio e instrucciones de uso.
- Falta de Comunicación entre trabajadores
- El maltrato de los Médicos, Enfermeras, Técnicas, hacia el paciente sólo por no tener el medicamento, el ticket o el dinero suficiente.
- En puntos de Vigilancia faltan listados de Anexos telefónicos.
- En Puerta Principal no hay Fotochek de Visitante
- No hay listados de usuarios de playas de estacionamiento
- El personal contratado no tiene refrigerio en el turno de noche
- Es Necesario uso de Radio para intercomunicaciones y una Central de Operaciones.
- Necesidad de uso de Linternas para vigilancia nocturna.

2.A. Grupo Ocupacional: Damas Voluntarias

Fechas: 19-01-2000;

21-01-2000;

22-01-2000

2.B. Universo Muestral 538 participantes

Proporcionalidad de la muestra: 275 participantes
(51% del Universo)

N° de Participantes: 23

Porcentaje de la muestra: 8%

2.C. Apreciaciones del Participante

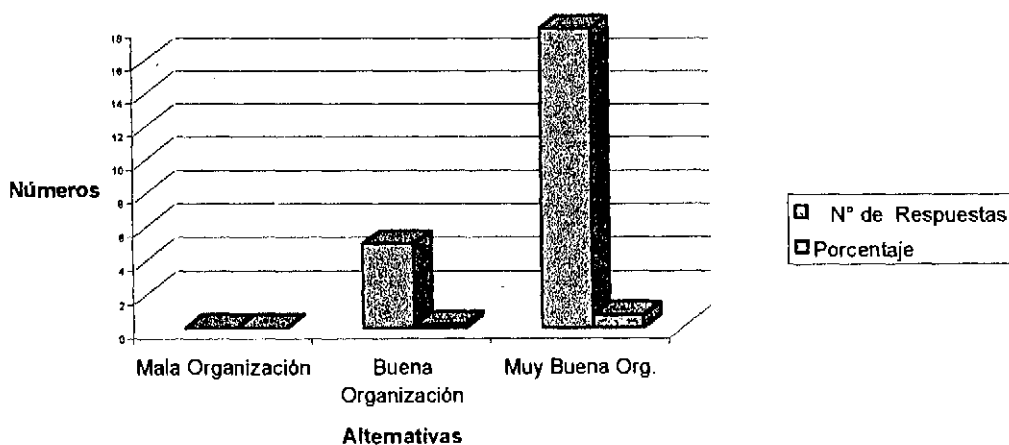
Cuestionario de Encuesta.

1. ¿La organización del curso que le parece?

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Mala Organización	0	0%
Buena Organización	5	22%
Muy Buena Org.	18	78%
Total	23	100%

Comentario:
Contrastación
positiva del
objetivo

La Organización del Curso le parece:



Lo que faltó (resumen)

Mayor tiempo en el curso

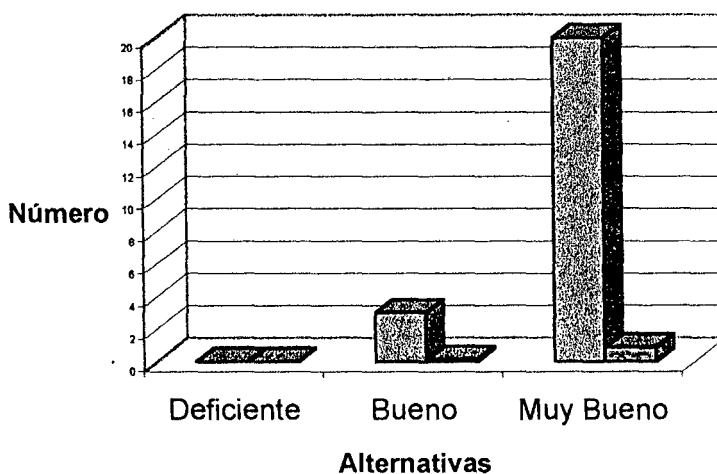
Separatas, temas de animación.

2. Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	3	13%
Muy Bueno	20	87%
Total	23	100%

Comentario:
Se mantiene la
tendencia
positiva

Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc



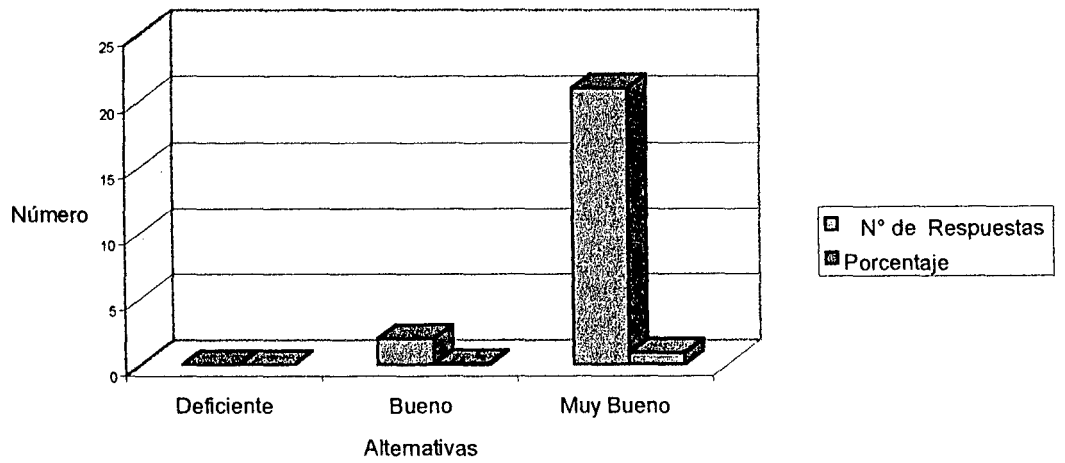
□ N° de Respuestas
■ Porcentaje

3. Opinión del Desempeño del Expositor:

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	2	9%
Muy Bueno	21	91%
Total	23	100%

Comentario:
Muy positivo

Opinión del Desempeño del Expositor

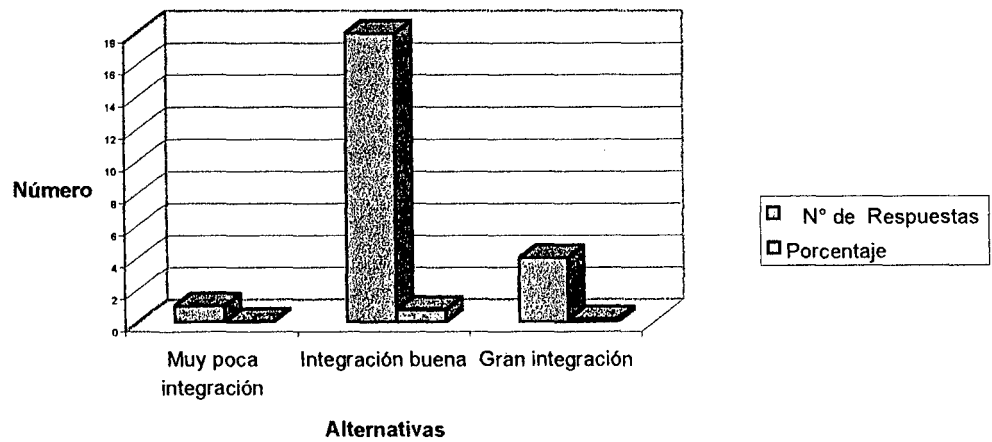


4. Cómo califica la integración del Grupo participante

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poca integración	1	4%
Integración buena	18	78%
Gran integración	4	18%
Total	23	100%

Comentario:
La integración es buena

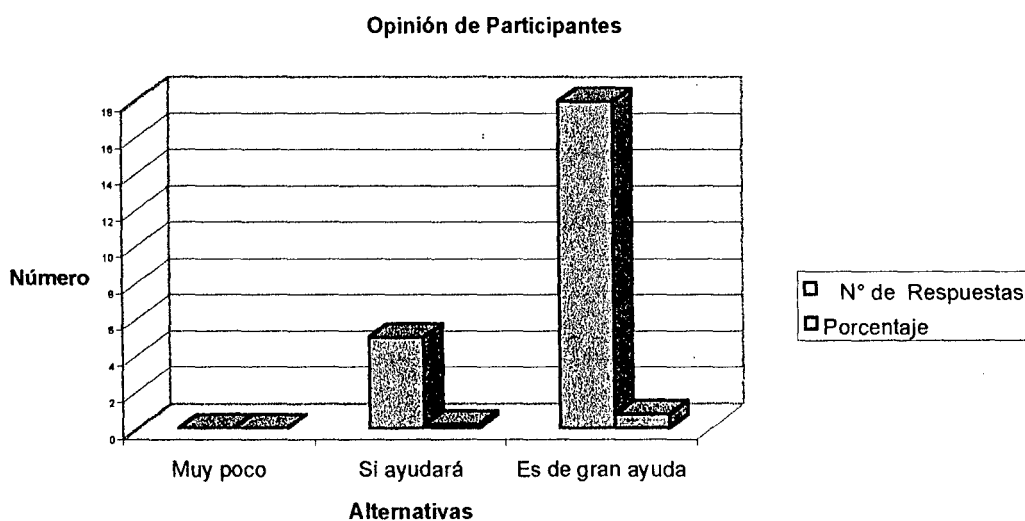
Cómo califica la integración del Grupo participante



5. Opinión de los participantes respecto de la Contribución del Curso a la Consolidación de los Niveles de Eficiencia y calidad en la atención al público usuario del HNSEB.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poco	0	0%
Si ayudará	5	22%
Es de gran ayuda	18	78%
Total	23	100%

Comentario:
Curso de gran ayuda



6. Resumen del Comentario Final: "Continuar los cursos cada mes, ayuda mucho a crecer. El personal se identificará mejor con el paciente. Apunta al liderazgo del Hospital. Agracen al profesor y al director. Cada cierto tiempo que el personal dé su opinión. Ayuda a enmendar errores. Buscar soluciones. La Comunicación en un año mejoró.

Irregularidades y Sugerencias

- Falta de un módulo de Información al ingreso al Hospital.
- Faltan tachos de basura en los pasillos
- Existen moscas en pabellones.

- Falta de Avisos indicadores de Silencio.
- Escasez de bancas para espera de pacientes.
- Falta de aseo en bancas existentes.
- Descuido en áreas verdes
- Falta de Anfitrionas.
- Deficiencia en el control de ingresos.
- Deficiencia en la ambientación del Consultorio Externo de Pediatría.
- Falta de amabilidad, paciencia y atención en el personal.
- Poca disposición de Enfermeras y Técnicas para trabajar conjuntamente con las Damas Voluntarias.
- Desentendimiento de autoridades al presentar quejas u observaciones.
- Medicamentos vencidos en farmacia.
- Falta de ambiente para niños y ancianos.
- Mala información
- Estadística trabaja muy lento.
- No hay una persona idónea para orientar al público.
- Se esperó lamentablemente vencimiento de medicamentos donados.
- El personal que rodea al Director debe tener un mejor trato.
- En Emergencia no debe ser primero el pago.
- Falta Cronograma para turnos de atención de los médicos en consultorios.
- Falta de un Listado Informativo de pacientes ingresados por Emergencia o internados.
- Atención a pacientes mayores con más respeto y cariño. No los asisten en sus alimentos (se enfrían).
- Hay enfermeras que dicen: Señora límitese a su voluntariado.....
- Que se identifique al enfermo por su nombre y apellido y no por el nº de su cama
- En la cabecera de la cama exista un cartelito con nombres y apellidos y N° de Historia Clínica.

- Evitar que consuman alimentos pacientes en espera de Consulta. Externa
- Falta de principales materiales como guantes, etc. en consultorio.
- Efectuar exámenes médicos y evaluaciones al personal en general.
- No deben efectuarse reparaciones en salas con pacientes internos.
- Mayor exigencia en la cobertura de vacantes para médicos y enfermeras, sólo los mejores.
- Falta higiene en cocina de Pediatría(cucarachas)
- Organización en horarios para evitar colas de madrugada..
- Más Cajas para pagos, colas muy lentas.
- Que se agilice la ubicación de Hist. Clínicas.
- Falta organización en almacén de medicinas, especialmente donadas(hay vencidos)
- Relación de todos los doctores por especialidades.
- Falta organización en Pediatría en horario de ingreso de madres lactantes, debería atenderlos estando las madres presentes, para mejorar el resultado de las instrucciones.
- Recetas con letra más clara, legible, mayores indicaciones y mejor especificadas(tomar en cuenta al receptor)
- Sobretudo en Emergencia, cuidar las pertenencias de los pacientes(casilleros)
- No hay una Caja Asistencial en Emergencia para personas sin recursos.
- Sala de espera de familiares en Emergencia y reportes de salud periódicos.
- Personal muy rústico en su trato. Hay también personal maravilloso y te sientes a gusto.

3.A. Grupo Ocupacional: Departamento de Enfermería

Fecha de Capacitación: 24-01-2000;

26-01-2000;

28-01-2000

3.B. Universo Muestral 538 participantes

Proporcionalidad de la muestra: 275 participantes
(51% del Universo)

N° de Participantes: 17

Porcentaje de la muestra: 6%

3.C. Apreciaciones del Participante

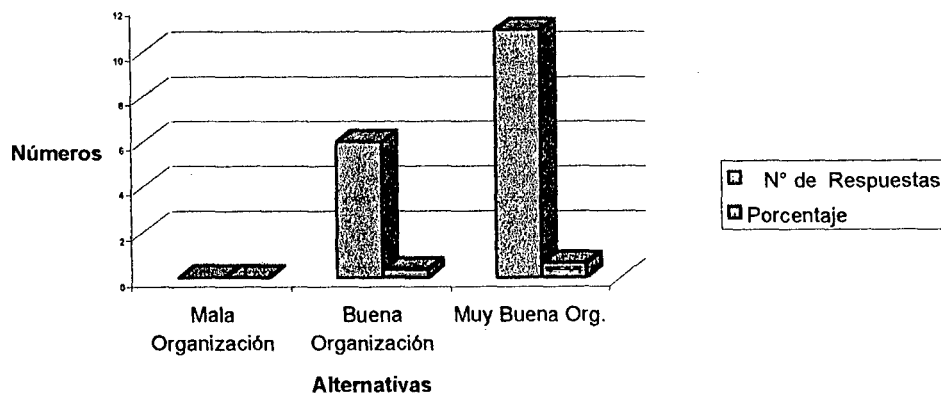
Cuestionario de Encuesta

1. ¿La organización del curso que le parece?

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Mala Organización	0	0%
Buena Organización	6	35%
Muy Buena Org.	11	65%
Total	17	100%

Comentario:
Muy buena
organización

La Organización del Curso le parece:



Lo que faltó (resumen)

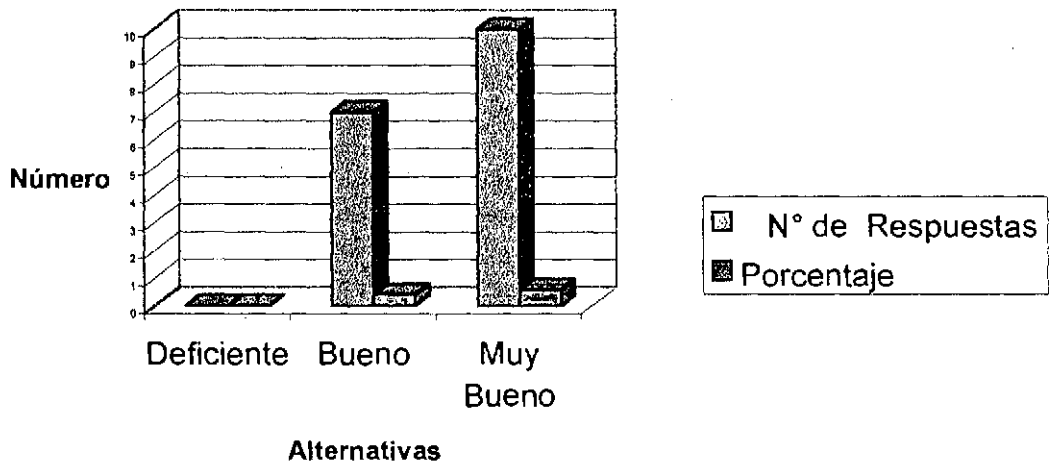
No comentarios

2. Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	7	41%
Muy Bueno	10	59%
Total	17	100%

Comentario:
Muy bueno

Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc

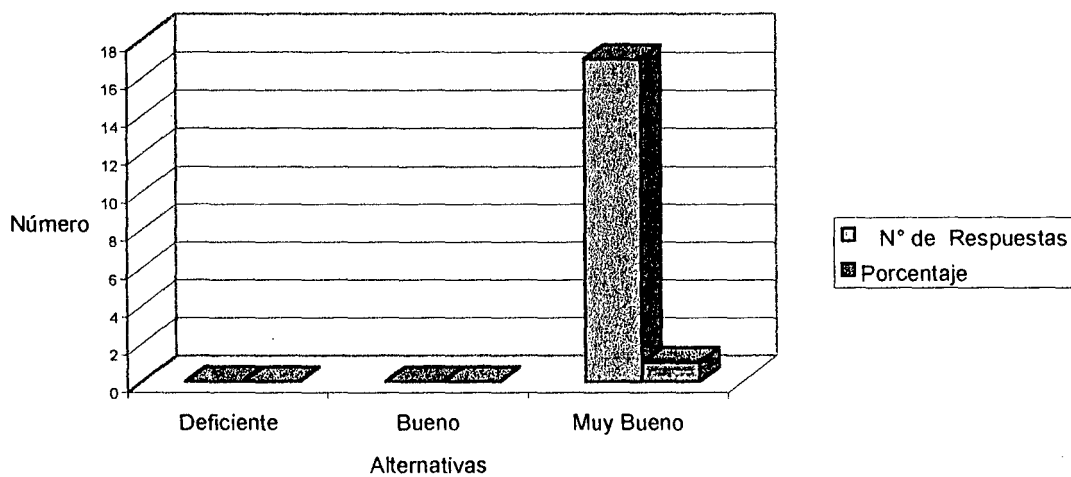


3. Opinión del Desempeño del Expositor:

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	0	0%
Muy Bueno	17	100%
Total	17	100%

Comentario:
Opinión muy buena

Opinión del Desempeño del Profesor

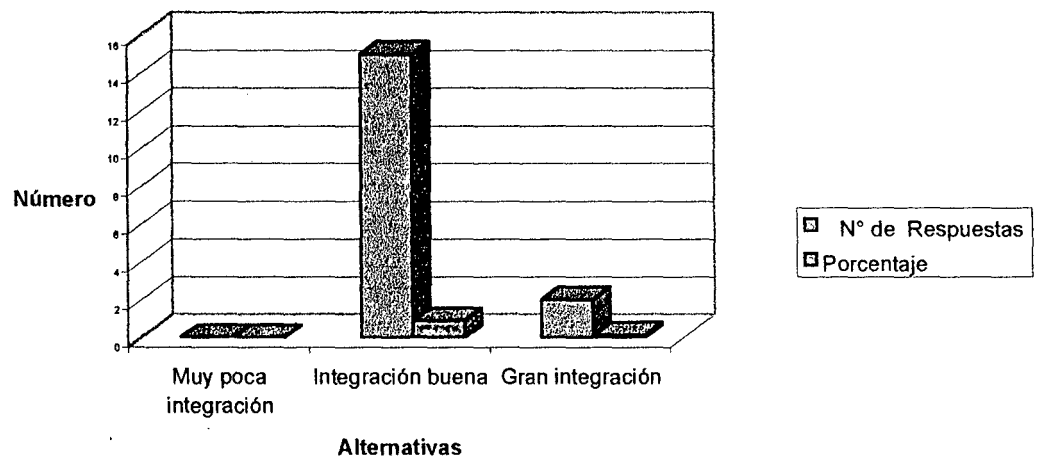


4. Cómo califica la integración del Grupo participante

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poca integración	0	0%
Integración buena	15	88%
Gran integración	2	12%
Total	17	100%

Comentario:
Integración
buena

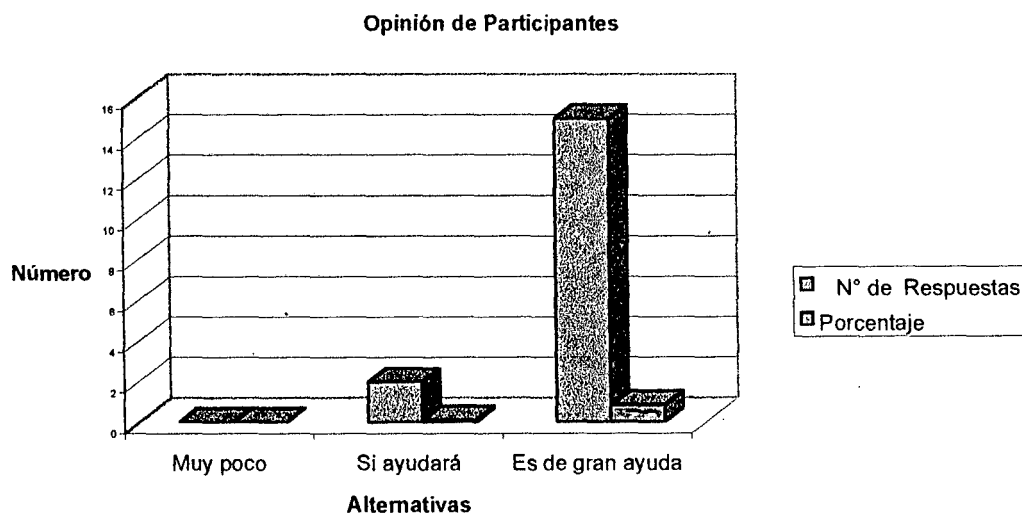
Cómo califica la integración del Grupo participante



5. Opinión de los participantes respecto de la Contribución del Curso a la Consolidación de los Niveles de Eficiencia y calidad en la atención al público usuario del HNSEB.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poco	0	0%
Si ayudará	2	12%
Es de gran ayuda	15	88%
Total	17	100%

Comentario:
Opinión
positiva



6. Resumen del Comentario Final:

“Curso de gran ayuda para atender mejor a pacientes. Incluir a Médicos. Repetirlo, Predeterminar tiempos eficientes para atención a pacientes. El número o volumen de pacientes no es eficiencia (Quien mucho abarca poco aprieta). Que se capaciten los profesionales y cumplan con sus labores y el horario. Reconocí mis deficiencias, mejoré mi interacción con compañeros y pacientes”.

Ayuda a reconocer nuestras deficiencias, limar asperezas con compañeros y pacientes. Me gustó, servirá muchísimo para mejorar mi atención, para que hablen bien de mi centro de trabajo.

Irregularidades Diagnosticadas y Sugerencias

- Pésimo servicio de Archivo de Historias Clínicas, poco personal
- Deficiente limpieza de pisos, paredes y baños
- Deficiente lavado de ropa(maltratada)
- Electrocardiógrafos malogrados(consultas externas)
- Inexistencia de Servicios higiénicos para Técnicas de Enfermería.
- El personal usa baños del público usuario.
- Falta de orientación a pacientes. Recojo de tickets personalmente.
- Falta privacidad en Consultorios Externos.
- Cambiar al encargado de Informes.
- No hay Anfitrionas
- Más aseo en la Cafetería
- El Personal de Vigilancia no sabe tratar a las personas ni cumplir su función.
- Crear un ambiente en la puerta principal para niños que no puedan ingresar.
- No muy buena atención del personal de Cocina y Comedor.
- Maltrato a pacientes del Seguro Escolar(en colas)
- Que cada Consultorio tenga su ambiente propio.
- No existe Vestuario y duchas para personal de Técnicas de Enfermería
- Atención a la hora fija.
- Más sillas para pacientes en Consultas externas.
- Mejor abastecimiento de materiales en general.
- Falta de sensibilidad del personal hacia pacientes.
- Falta sillas de ruedas en Emergencia y Consultorios externos.
- Servicios higiénicos para la Unidad de Cólera.
- Triage más eficiente en Emergencia.
- Instalar cortinas o separadores de ambiente entre camas en pabellones.

- Instalar máquinas chateras en cada pabellón (Bio-Seguridad)
- No existe sala o ambiente para bañar a bebés y niños y equipamiento, agua caliente.
- Instalar en Emergencia ducha y tina para quemados y pacientes sangrantes.
- La limpieza y recojo de basura en Consultorios Externos debe ser por la tarde. Tachos adecuados.
- Incrementar Instrumental(dental2) para esterilizar a tiempo y evitar contagios.
- Bidones de agua fresca para el personal.
- El Refresco en el almuerzo debe ser frío en verano.
- Construir otra Central de Esterilización.
- La entrega de tickets de atención debe ser en consultorios.
- Vigilar hora de llegada de Médicos para consulta.
- Maltrato de Médicos a pacientes.
- Publicación de Programación de atención en puertas de consultorios.
- Normar la visita para propagandistas médicos

4.A. Grupo Ocupacional: Personal de Enfermería y Obstetricia

Fecha de Capacitación: 01-02-2000;

02-02-2000;

04-02-2000

4.B. Universo Muestral 538 participantes

Proporcionalidad de la muestra: 275 participantes
(51% del Universo)

N° de Participantes: 21

Porcentaje de la muestra: 8%

4.C. Apreciaciones del Participante

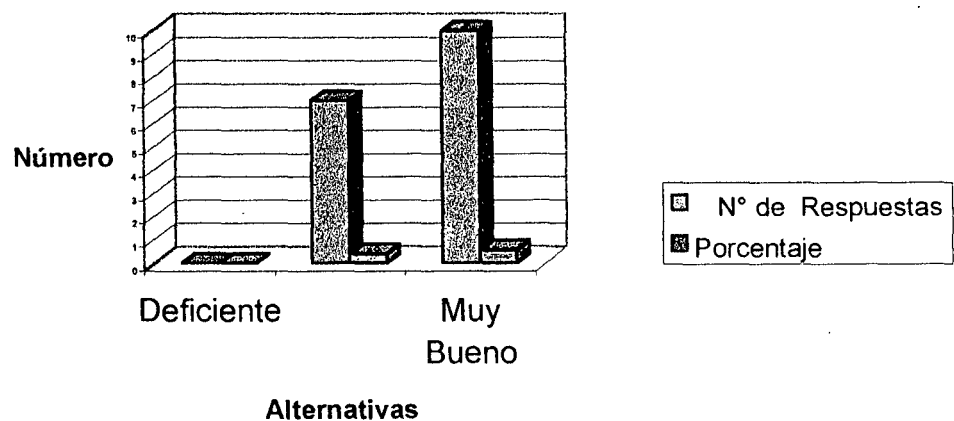
Cuestionario de Encuesta

1 ¿La organización del curso que le parece?

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Mala Organización	0	0%
Buena Organización	18	86%
Muy Buena Org.	3	14%
Total	21	100%

Comentario:
buena
organización

Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc



Lo que faltó (resumen)

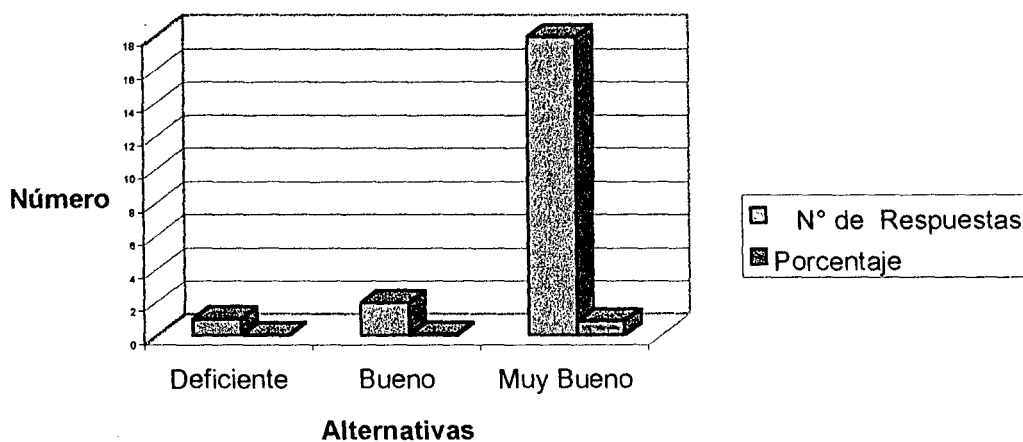
Discutir más experiencias y soluciones, tiempo corto, separatas.

2. Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	1	5%
Bueno	2	9%
Muy Bueno	18	86%
Total	21	100%

Comentario:
Muy bueno

Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc

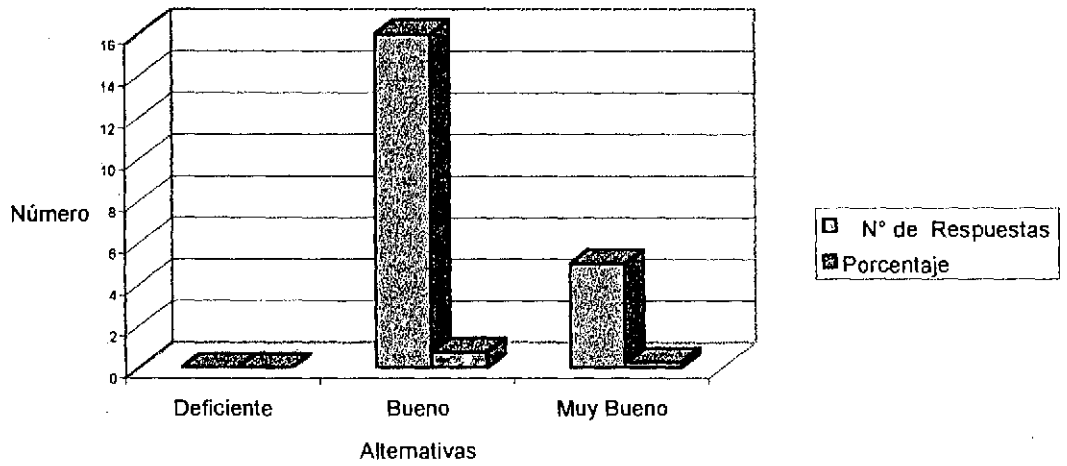


3. Opinión del Desempeño del Expositor:

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	16	76%
Muy Bueno	5	24%
Total	21	100%

Comentario:
Positivo

Opinión del Desempeño del Profesor

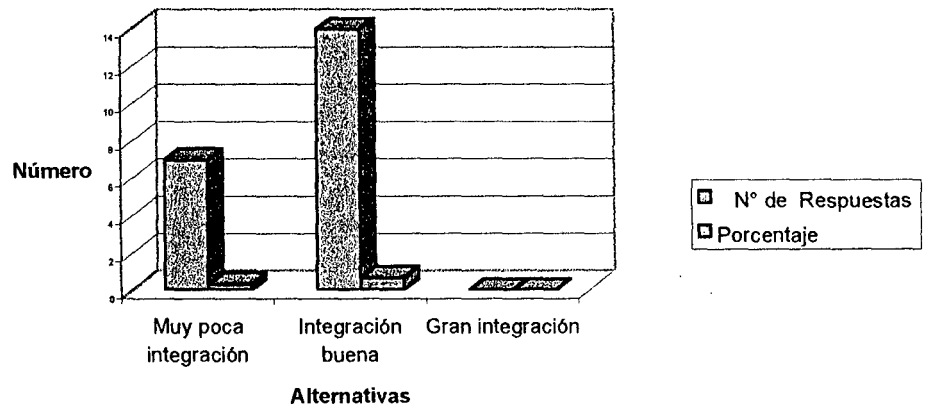


4. Cómo califica la integración del Grupo participante

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poca integración	7	33%
Integración buena	14	67%
Gran integración	0	0%
Total	21	100%

Comentario:
No muy buena integración

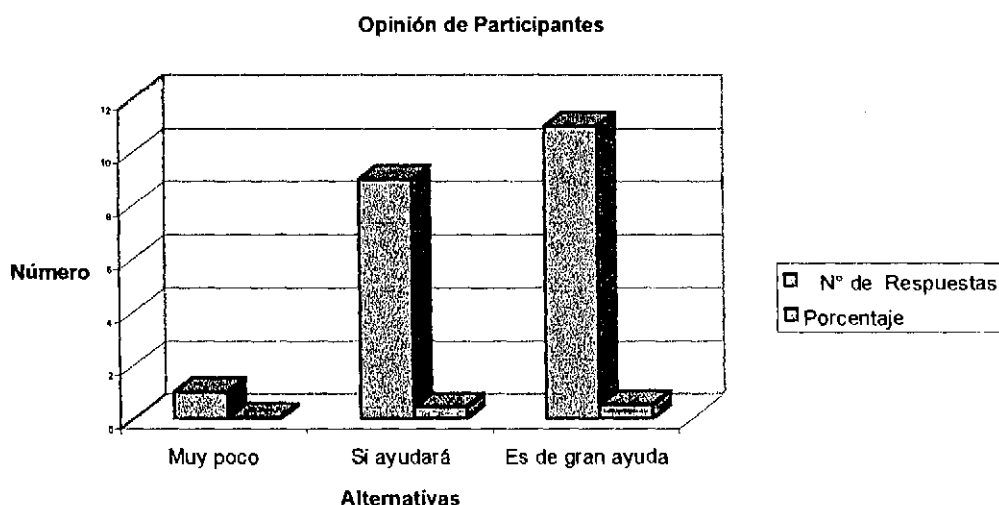
Cómo califica la integración del Grupo participante



5. Opinión de los participantes respecto de la Contribución del Curso a la Consolidación de los Niveles de Eficiencia y calidad en la atención al público usuario del HNSEB.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poco	1	5%
Si ayudará	9	43%
Es de gran ayuda	11	52%
Total	21	100%

Comentario:
De gran ayuda



6. Resumen del Comentario Final:

“El cambio debe comenzar en los niveles Directivos y Jefaturas. mayor Información al público, Anfitrionas. Consolidará los niveles de eficiencia y calidad en la atención al público. Cambiaremos nuestra actitud hacia el cliente. Curso Obligatorio, ampliarlo a Médicos residentes. Capacitar al Usuario. Concientizar al personal sobre la importancia de las Relaciones Humanas

Irregularidades y Sugerencias

- Falta de Clasificación de pacientes por categorías (¿?)
- No se cumple con horario de visitas, pasan a cualquier hora. (agregan)

- Falta de conocimiento y difusión sobre normas para cargar costos a cuenta de pacientes no pudientes.
- El Paciente del Hospital por idiosincrasia y cultura siempre reclama por algo.
- Falta de Comunicación para trabajar en equipo. (especialmente con residentes).
- Capacitar a Residentes en Relaciones Humanas. Vivimos en conflicto con ellos.
- Presencia de insectos.
- Varias vías de ingreso al servicio de Sala de Operaciones.
- Material de Partos, tijeras en mal estado.
- Existencia de moscas.
- Exigencia de puntualidad sólo para el personal asistencial.
- Escasez de Enfermeras
- Poca agua.
- Los familiares de paciente post operado se niegan a entregar medicinas al personal, creen que no les administrarán(no ingresan familiares)
- Falta de respeto al paciente por "ciertos" profesionales.
- Las llamadas de atención de los Jefes en voz alta en pasillos.
- En el servicio, todos gritan al tener un mando de supervisión o jefatura.
- Falta de material tensiómetros, termómetros, etc.
- Vigilancia estricta de Alta de Pacientes.
- Falta de Ventiladores.
- Falta de sillas de ruedas.
- Mejora de la alimentación del personal.
- Mejora de alimentación de pacientes y horarios adecuados.
- Deficiencia de la información de pacientes de consultorios externos.
- Coordinar con Ing. Sanitario para fumigaciones en pabellones.
- Conservación de las áreas verdes del hospital.

- Vigilancia de pacientes para que no puedan fugar.
- Falta de orientación e información al visitante.
- Fijar horario para entrega de recetas a familiares de hospitalizados. 11.30 a.m.
- Restringir ingreso de alimentos preparados, atraen moscas.
- El desayuno, servir de 7.30 a 7.50, luego no porque interfiere con la visita médica.
- Ausencia de sala de espera o sala de familiares.
- U.C.I. Alejado de rayos X y sala de operaciones.
- No hay mobiliario para ropa, materiales, etc.
- Conductos sin lunas o protección-entra polvo
- No hay Staff de Enfermeras Supervisoras.
- Rotación de personal sin previa coordinación.
- Permisos, faltas, descansos médicos imprevistos ocasionan problemas.
- Mayor atención y estímulo al personal profesional (becas, horas extras, etc.)

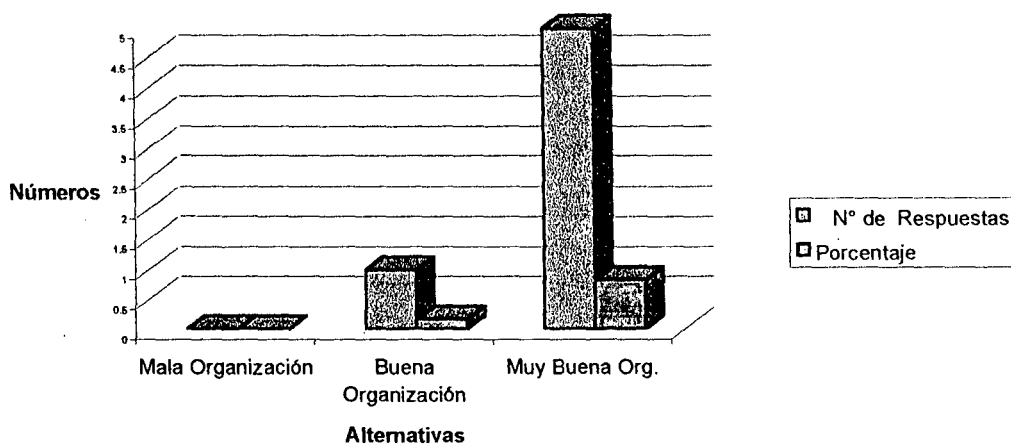
- 5.A. Grupo Ocupacional: Area de Central Telefónica
 Fecha de Capacitación: 14-02-2000 al 21-02-2000
- 5.B. Universo Muestral 538 participantes
 Proporcionalidad de la muestra: 275 participantes
 (51% del Universo)
- N° de Participantes: 6
 Porcentaje de la muestra: 2%
- 5.C. Apreciaciones del Participante
 Cuestionario de Encuesta

1. ¿La organización del curso que le parece?

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Mala Organización	0	0%
Buena Organización	1	17%
Muy Buena Org.	5	83%
Total	6	100%

Comentario:
buena
organización

La Organización del Curso le parece:



Lo que faltó (resumen)

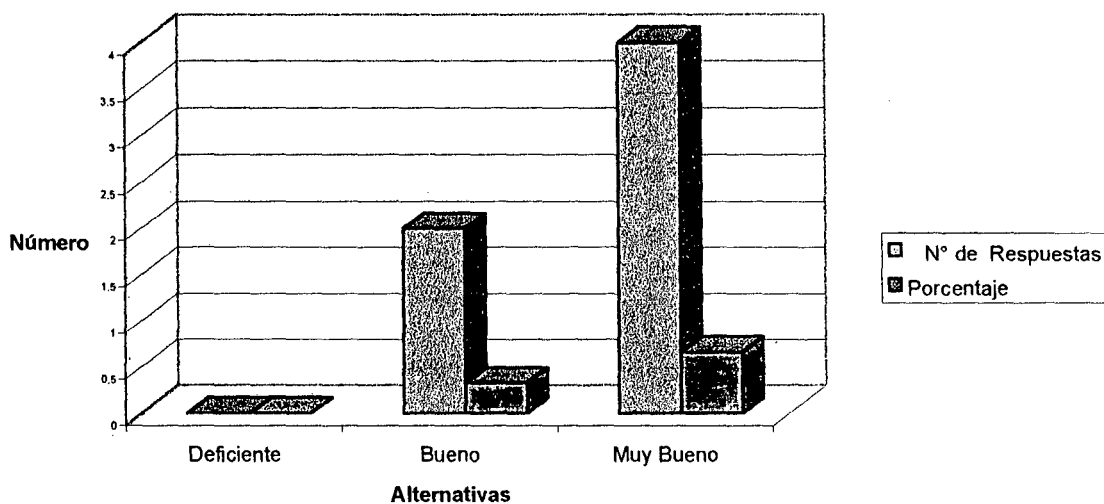
Más tiempo para profundizar información.

2. Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	2	33%
Muy Bueno	4	67%
Total	6	100%

Comentario:
Muy bueno

Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc

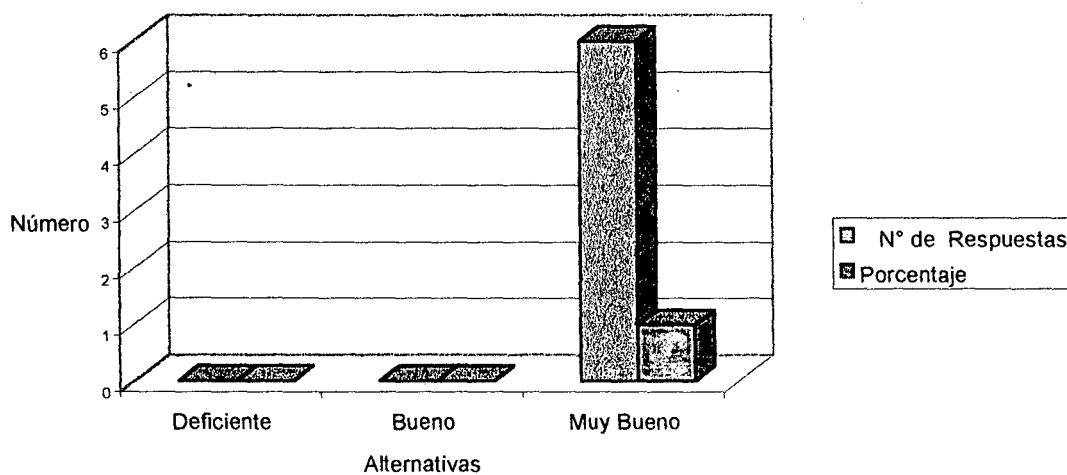


3. Opinión del Desempeño del Expositor:

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	0	0%
Muy Bueno	6	100%
Total	6	100%

Comentario:
Positivo

Opinión del Desempeño del Profesor

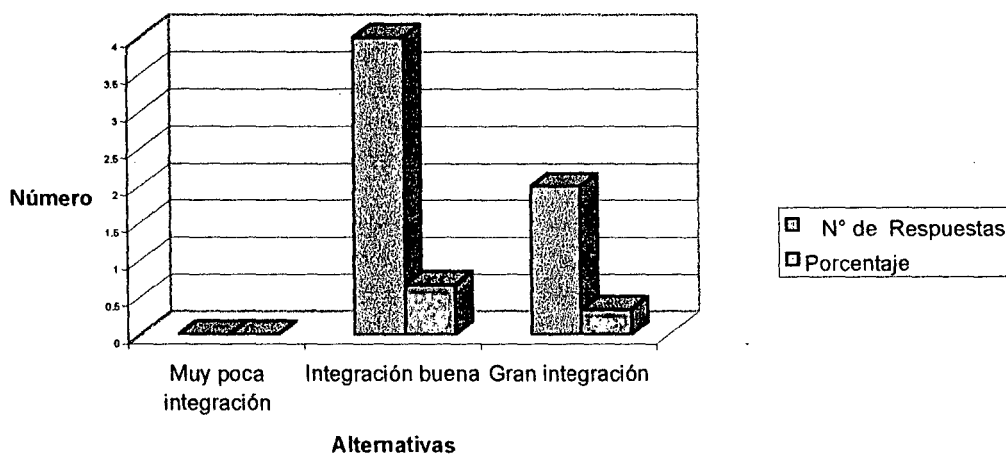


4. Cómo califica la integración del Grupo participante

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poca integración	0	0%
Integración buena	4	67%
Gran integración	2	33%
Total	6	100%

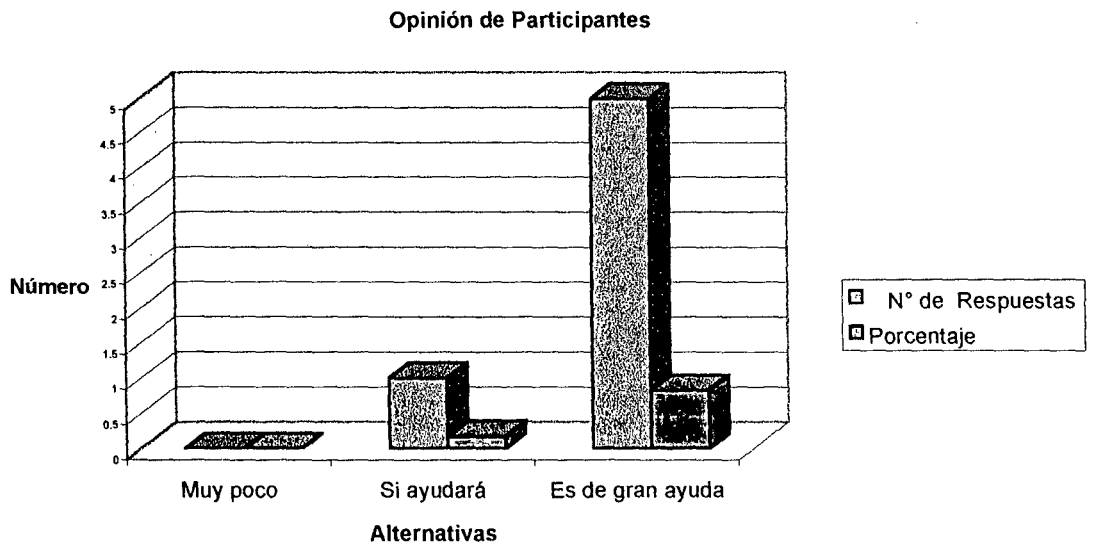
Comentario:
No muy buena integración

Cómo califica la integración del Grupo participante



5. Opinión de los participantes respecto de la Contribución del Curso a la Consolidación de los Niveles de Eficiencia y calidad en la atención al público usuario del HNSEB.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje	Comentario: De gran ayuda
Muy poco	0	0%	
Si ayudará	1	17%	
Es de gran ayuda	5	83%	
Total	6	100%	



6. Resumen del Comentario Final:

Objetivo: Diagnóstico de la Problemática de Telefonía Interna/Externa. Mejoramiento de la calidad de la atención telefónica al público usuario.

Irregularidades y Sugerencias

- Inexistencia de un Patrón telefónico de Saludo o Slogan característico del Hospital.
- Inexistencia de un Manual de Organización y Funciones.
- Desconocimiento de procedimientos de operación y funcionamiento del sistema en terminales de servicios y departamentos.
- Insuficiente capacitación en telefonía para personal operador.
- Desconocimiento de cortesía telefónica.
- Inexistencia de Normas que regulen el sistema de perifoneo interno.
- Poco personal operador, con turnos de trabajo saturados.
- Sin coordinaciones internas con otros servicios

6.A. Grupo Ocupacional: Personal Médico y Enfermeras

Fecha de Capacitación: 16-02-2000;

18-02-2000

6.B. Universo Muestral 538 participantes

Proporcionalidad de la muestra: 275 participantes
(51% del Universo)

N° de Participantes: 14

Porcentaje de la muestra: 5%

6.C. Apreciaciones del Participante

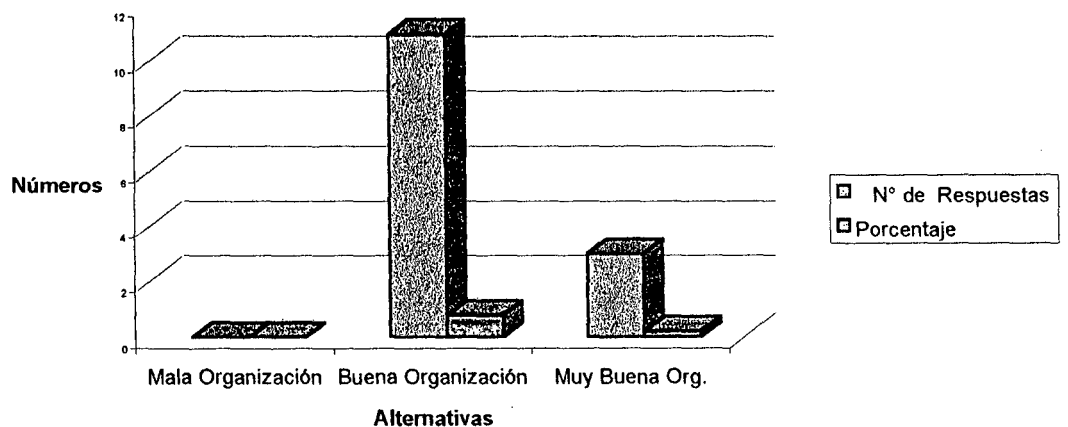
Cuestionario de Encuesta

1 ¿La organización del curso que le parece?

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Mala Organización	0	0%
Buena Organización	11	79%
Muy Buena Org.	3	21%
Total	14	100%

Comentario:
Buena
Organización

La Organización del Curso le parece:



Lo que faltó (resumen)

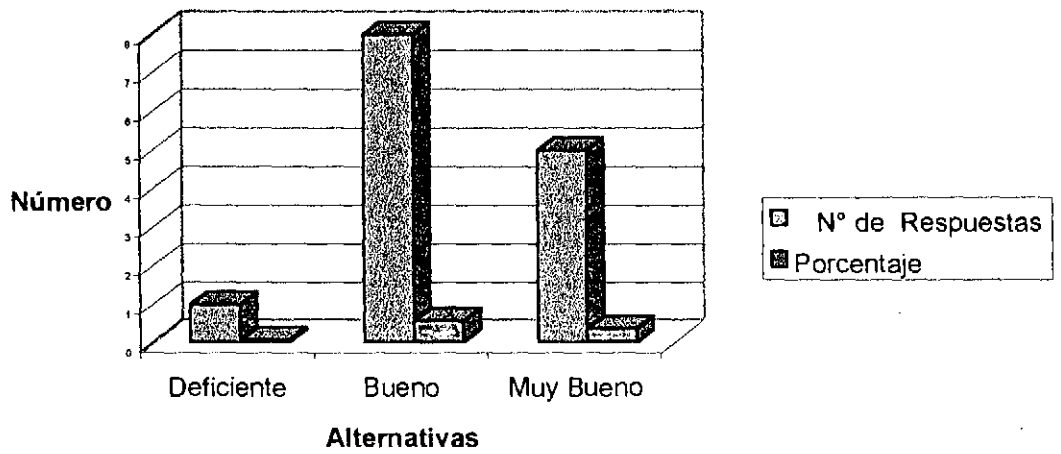
Tiempo muy corto, puntualidad de los participantes,
mejor programación y facilidades, información escrita
previa, separatas.

2. Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	1	7%
Bueno	8	57%
Muy Bueno	5	36%
Total	14	100%

Comentario:
Bueno

Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc

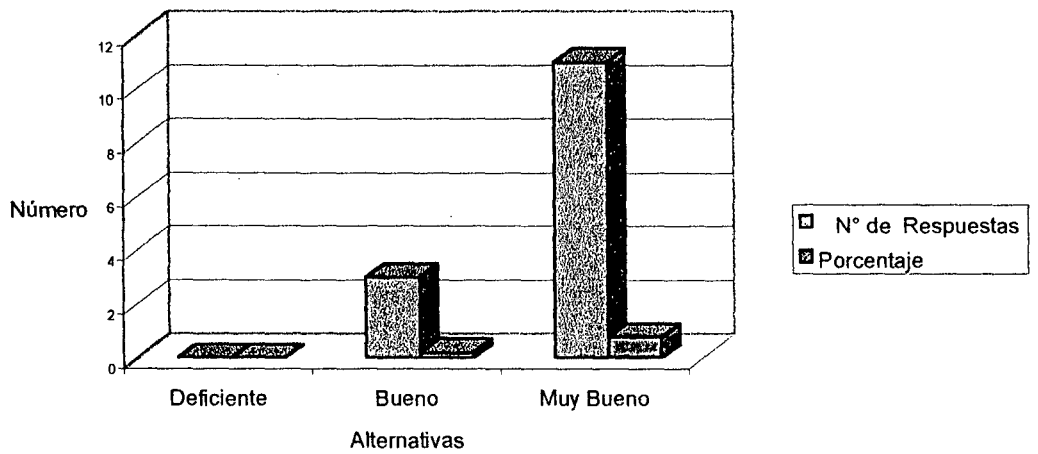


3. Opinión del Desempeño del Expositor:

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	3	21%
Muy Bueno	11	79%
Total	14	100%

Comentario:
Muy bueno

Opinión del Desempeño del Profesor

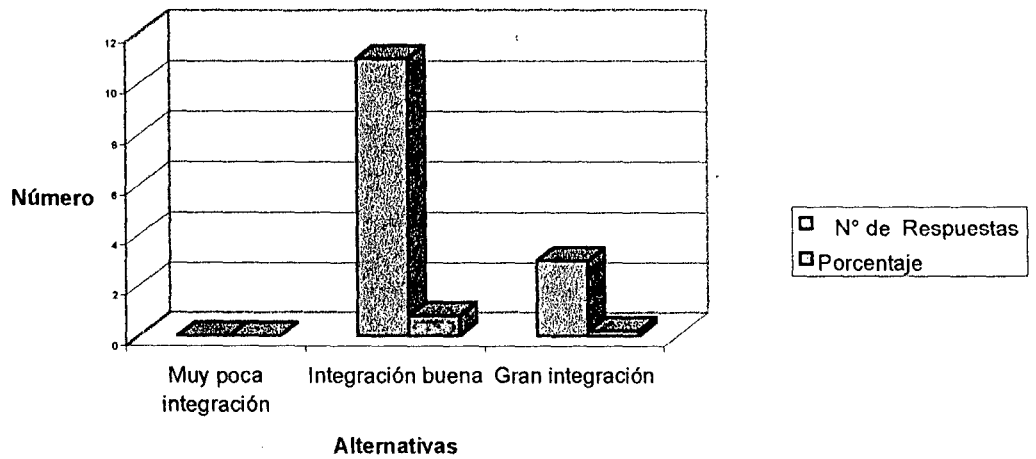


4. Cómo califica la integración del Grupo participante

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poca integración	0	0%
Integración buena	11	79%
Gran integración	3	21%
Total	14	100%

Comentario:
buena
integración

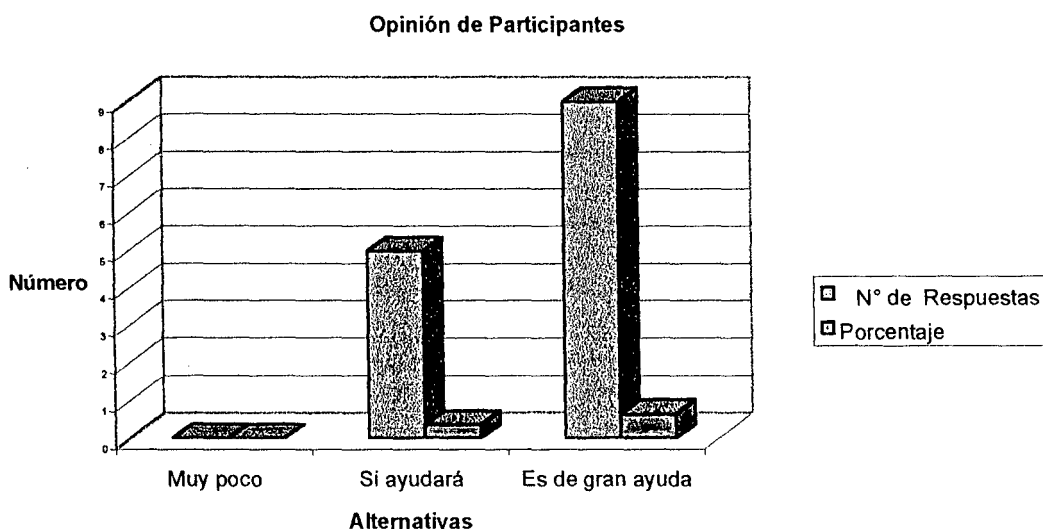
Cómo califica la integración del Grupo participante



5. Opinión de los participantes respecto de la Contribución del Curso a la Consolidación de los Niveles de Eficiencia y calidad en la atención al público usuario del HNSEB.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poco	0	0%
Si ayudará	5	36%
Es de gran ayuda	9	64%
Total	14	100%

Comentario:
Es de gran ayuda



6. Resumen del Comentario Final:

“Será de gran ayuda para mejorar el trato a los pacientes y así mejorar la imagen del Hospital y su captación. Hay que ponerlo en práctica solamente. Se debe unificar criterios para mejorar la atención e imagen institucional, charlas extendidas a todo el personal. Debe existir mayor coordinación e intercambio de información entre niveles. Gracias por el curso. El tipo de trabajo hace rutinario al Médico y se vuelve insensible, el curso sirve para humanizar al profesional.”

Irregularidades y Sugerencias

- Falta mayor coordinación e intercambio de información entre todos los niveles.
- Unificar criterios para mejorar atención e imagen de la Institución.
- Hacer extensiva la capacitación para todos los empleados del Hospital.
- Algunos Profesionales no están suficientemente identificados con la Institución.

7.A. Grupo Ocupacional: Enfermería, Técnicas, Asistente Social
Asistentes Administrativas

Fecha de Capacitación: 09-05-2000 al 16-05-2000 y
19-05-2000 al 26-05-2000

7.B. Universo Muestral 538 participantes
Proporcionalidad de la muestra: 275 participantes
(51% del Universo)

N° de Participantes: 24
Porcentaje de la muestra: 9%

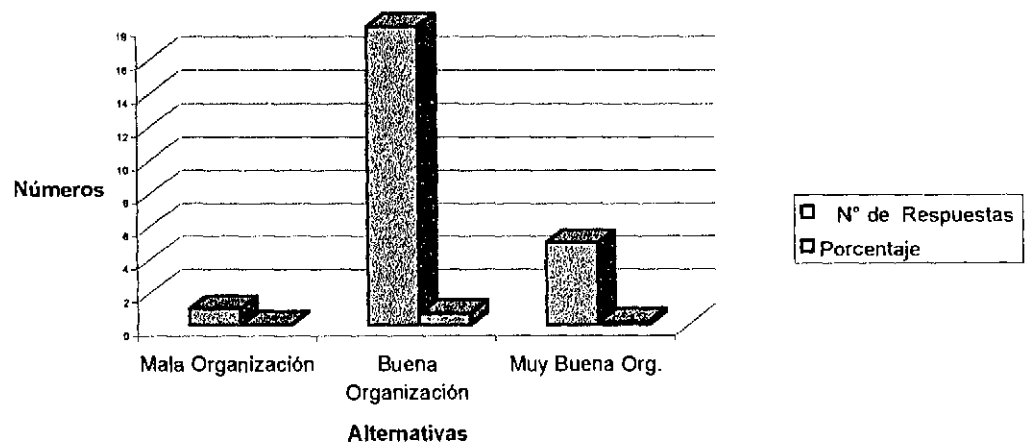
7.C. Apreciaciones del Participante
Cuestionario de Encuesta

1 ¿La organización del curso que le parece?

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Mala Organización	1	4%
Buena Organización	18	75%
Muy Buena Org.	5	21%
Total	24	100%

Comentario:
Buena
Organización

La Organización del Curso le parece:



Lo que faltó (resumen)

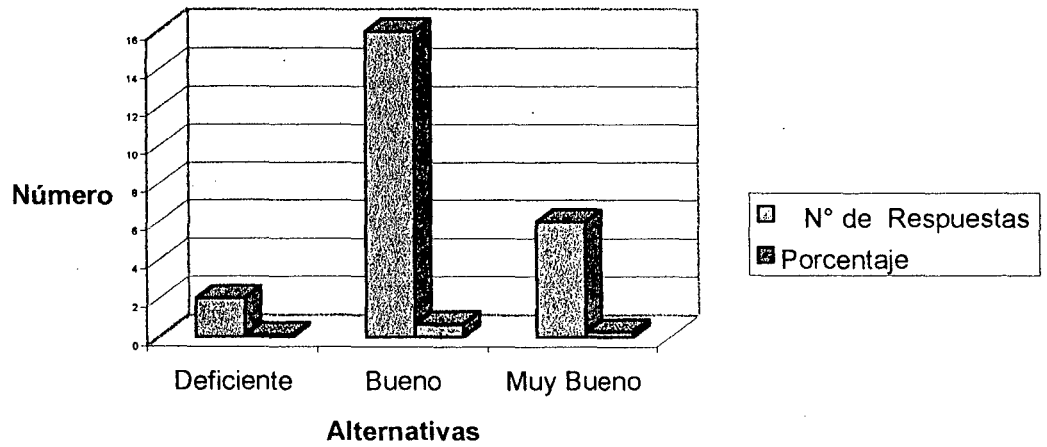
Ambiente sin interferencias personal de imagen no contribuye a la búsqueda de identidad corporativa.
Faltan materiales de clase. Falta participación del auditorio, separatas

2. Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	2	8%
Bueno	16	67%
Muy Bueno	6	25%
Total	24	100%

Comentario:
Bueno

Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc

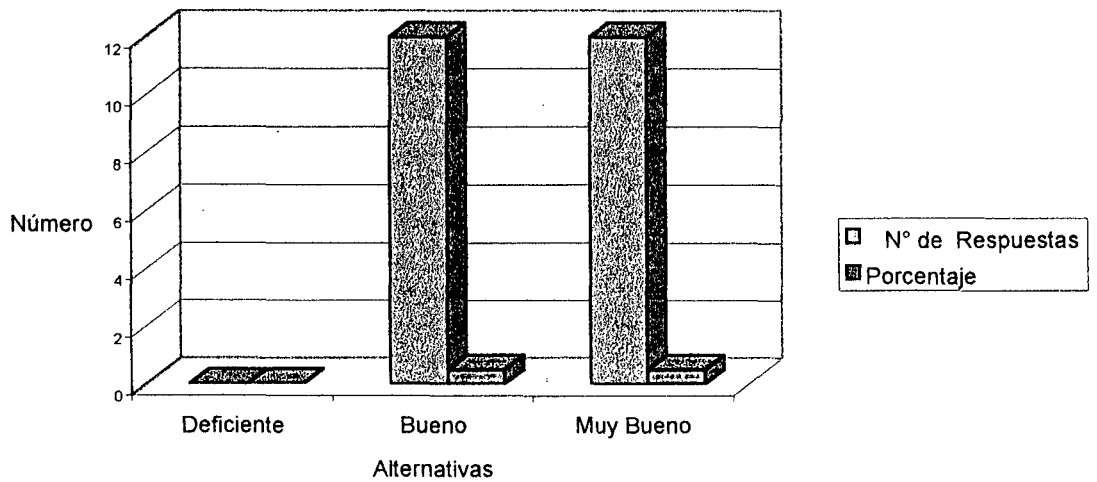


3. Opinión del Desempeño del Expositor:

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	12	50%
Muy Bueno	12	50%
Total	24	100%

Comentario:
Bueno y
muy bueno

Opinión del Desempeño del Profesor

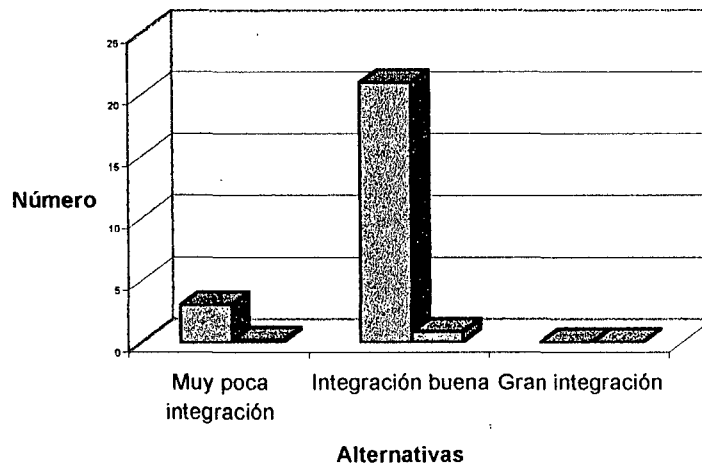


4. Cómo califica la integración del Grupo participante

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poca integración	3	13%
Integración buena	21	87%
Gran integración	0	0%
Total	24	100%

Comentario:
buena
integración

Cómo califica la integración del Grupo participante

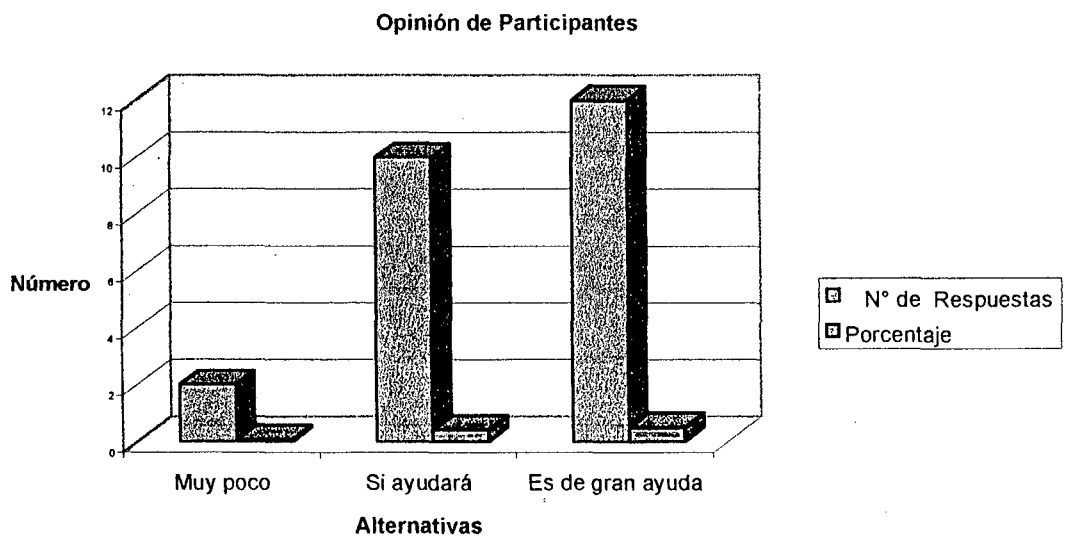


N° de Respuestas
 Porcentaje

5. Opinión de los participantes respecto de la Contribución del Curso a la Consolidación de los Niveles de Eficiencia y calidad en la atención al público usuario del HNSEB.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poco	2	8%
Si ayudará	10	42%
Es de gran ayuda	12	50%
Total	24	100%

Comentario:
Es de gran ayuda



6. Resumen del Comentario Final:

“Mantener programas de capacitación, ayuda a la mejor calidad del Hospital y al cambio de mentalidad y actitud. Afrontar el análisis de la problemática de atención al usuario por niveles ocupacionales. Cursos de Relaciones Humanas para Jefaturas de Servicio.

Irregularidades y Sugerencias

- Los Niños tienen que ser bañados en el baño de adultos (construir)
- Muchas veces el paciente se tiene que ir enfermo a su casa, de mal humor, con cólera, renegando de la pésima atención que le han brindado, viene a curarse pero lleva consigo otra enfermedad.
- Las Historias Clínicas no tienen orden. Cada hoja según corresponda.
- Letra ilegible de médicos y enfermeras.
- Resultados de Análisis Clínicos con diferencias de un día a otro: Ej. leucocitos 1-4 x C.el 7-5-00 y el 8-5-00 tiene 40-45 x C.
- Hist. Clínica. duplicadas.
- Servicio de Patología debe funcionar junto al laboratorio central.
- Hay críticas entre trabajadores. No hay compañerismo.
- El Jefe conoce sus funciones pero creo que le falta carácter.
- Se sanciona al trabajador sin investigar las causas de la acción.
- Jeringas y agujas dejadas en veladores o camas de pacientes
- Falta de diálogo con el personal profesional.
- Cuidados Intermedios de Cirugía no reúne los requisitos, muy congestionado, poca ventilación, no hay privacidad.
- En Cirugía poca información de médicos a familiares, entonces éstos acuden a las Técnicas, no siendo las personas indicadas para ello.
- Faltan reuniones periódicas entre áreas p/coordinación
- En Central de Esterilización falta divisiones: Zonas sucia, limpia y estéril.

- En Sección Costura mayor iluminación ventilación, amplitud. Que mejore calidad de las telas.
- Mantenimiento a máquinas de cocer.
- Descuido en el registro correcto de documentos
- Encontrar residuos de alimentos en papeleras
- Falta de compañerismo unión y armonía en el trabajo
- Poco cuidado en uso de servicios higiénicos.
- Ingreso de personas ajenas a la oficina donde se maneja dinero en efectivo.
- No hay sala aislada para pacientes con TBC. Niños circulan libremente.

8.A. Grupo Ocupacional: Dpto. Gineco-Obstetricia

Fecha de Capacitación: 03-07-2000;

05-07-2000;

07-07-2000

8.B. Universo Muestral 538 participantes

Proporcionalidad de la muestra: 275 participantes
(51% del Universo)

N° de Participantes: 29

Porcentaje de la muestra: 10%

8.C. Apreciaciones del Participante

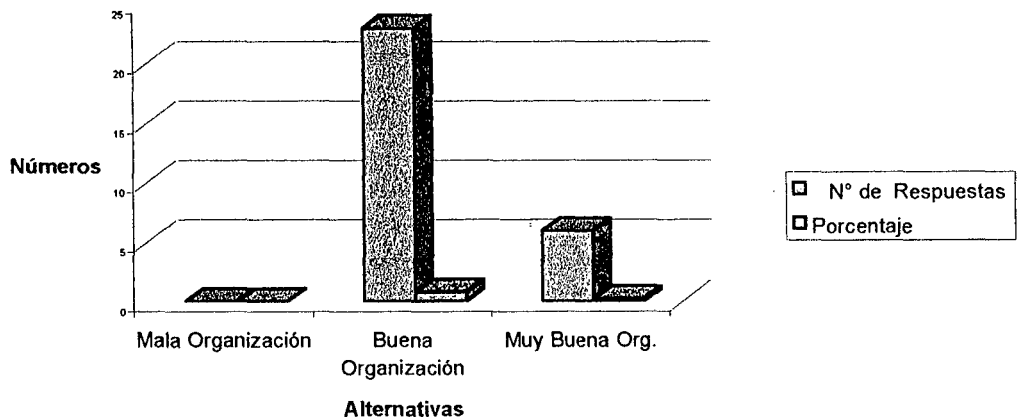
Cuestionario de Encuesta

1. ¿La organización del curso que le parece?

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Mala Organización	0	0%
Buena Organización	23	79%
Muy Buena Org.	6	21%
Total	29	100%

Comentario:
Buena
Organización

La Organización del Curso le parece:



Lo que faltó (resumen)

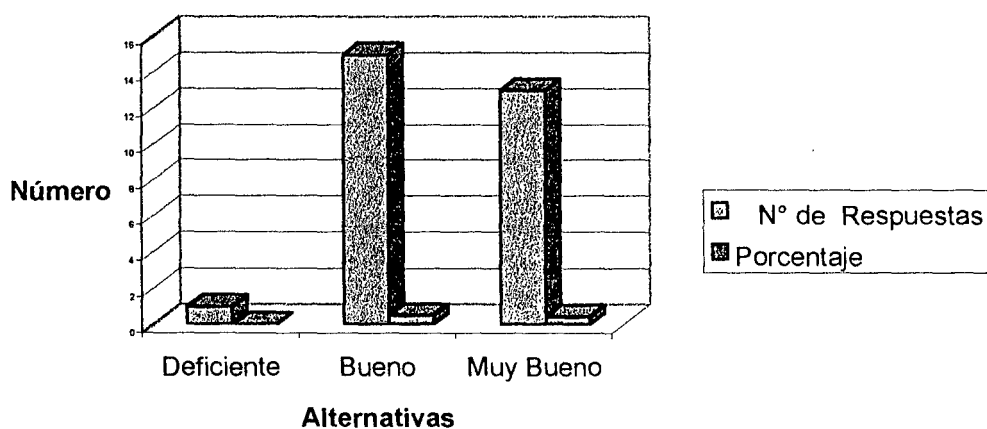
Faltó concurrencia de personal técnico y especialmente médicos, ellos son lo que maltratan al paciente mayor tiempo. Presencia de jefes más discusión. Faltan más casos reales.

2. Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	1	3%
Bueno	15	52%
Muy Bueno	13	45%
Total	29	100%

Comentario:
Bueno

Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc

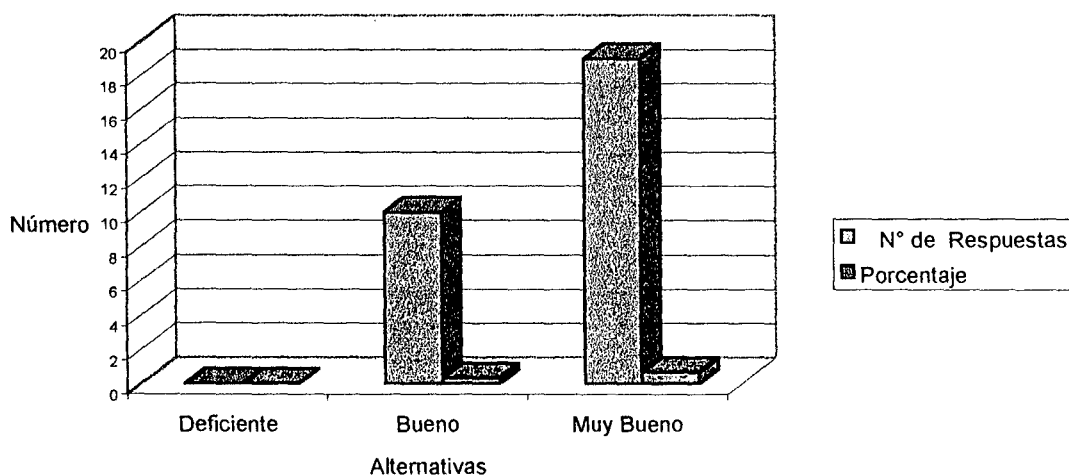


3. Opinión del Desempeño del Expositor:

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	10	34%
Muy Bueno	19	66%
Total	29	100%

Comentario:
muy bueno

Opinión del Desempeño del Profesor

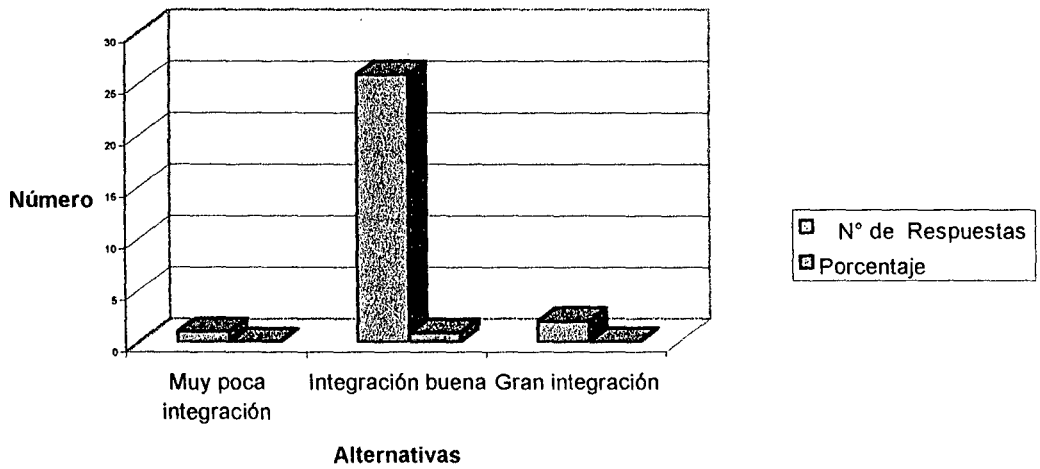


4. Cómo califica la integración del Grupo participante

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poca integración	1	3%
Integración buena	26	90%
Gran integración	2	7%
Total	29	100%

Comentario:
buena
integración

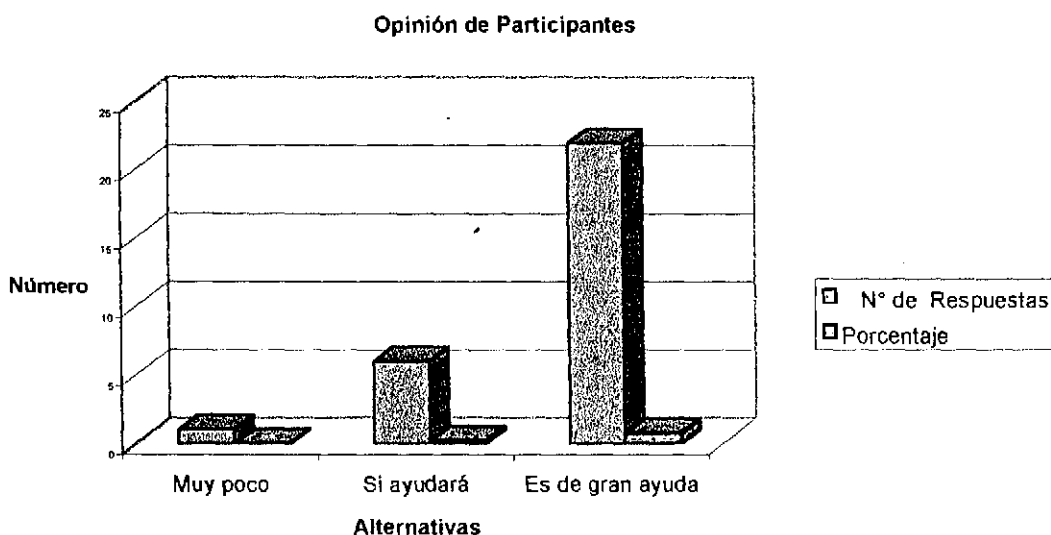
Cómo califica la integración del Grupo participante



5. Opinión de los participantes respecto de la Contribución del Curso a la Consolidación de los Niveles de Eficiencia y calidad en la atención al público usuario del HNSEB.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poco	1	3%
Si ayudará	6	21%
Es de gran ayuda	22	76%
Total	29	100%

Comentario:
Es de gran ayuda



6. Resumen del Comentario Final:

Resumen del Comentario Final: "Exigir al personal profesional asistir a estos cursos, ellos son los más indolentes en el trato con pacientes y con el propio personal. Motivan y ayudan a identificarse con el Departamento y el Hospital. Esto nos ayuda a mejorar la calidad y eficiencia de la atención al público y el trato del personal trabajador".

Irregularidades y Sugerencias

- Los Médicos necesitan más que nadie recordarles que son humanos.
- Debemos aprender a trabajar en equipo.
- La atención al paciente debe ser con calidad y calidez.
- Los Profesionales y técnicos debemos atender humanitariamente al público, ponernos en su lugar.
- Las Comunicaciones deben ser oportunas.
- Todos deberíamos asistir a talleres de Relaciones Humanas para mejorar el trato entre trabajadores.
- Crear conciencia en el trabajador en cuanto a sus funciones.
- Dar más cursos de atención al paciente a médicos y obstétrices.

9.A. Grupo Ocupacional: Departamento de Anestesiología

Fecha de Capacitación: 02-08-2000 al 09-08-2000

9.B. Universo Muestral 538 participantes

Proporcionalidad de la muestra: 275 participantes
(51% del Universo)

N° de Participantes: 19

Porcentaje de la muestra: 7%

9.C. Apreciaciones del Participante

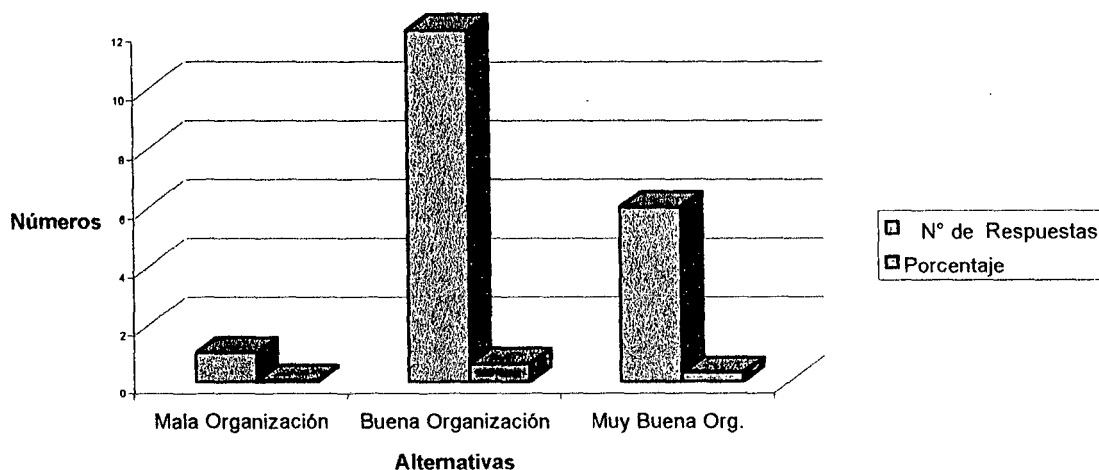
Cuestionario de Encuesta

1 ¿La organización del curso que le parece?

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Mala Organización	1	5%
Buena Organización	12	63%
Muy Buena Org.	6	32%
Total	19	100%

Comentario:
Buena
Organización

La Organización del Curso le parece:



Lo que faltó (resumen)

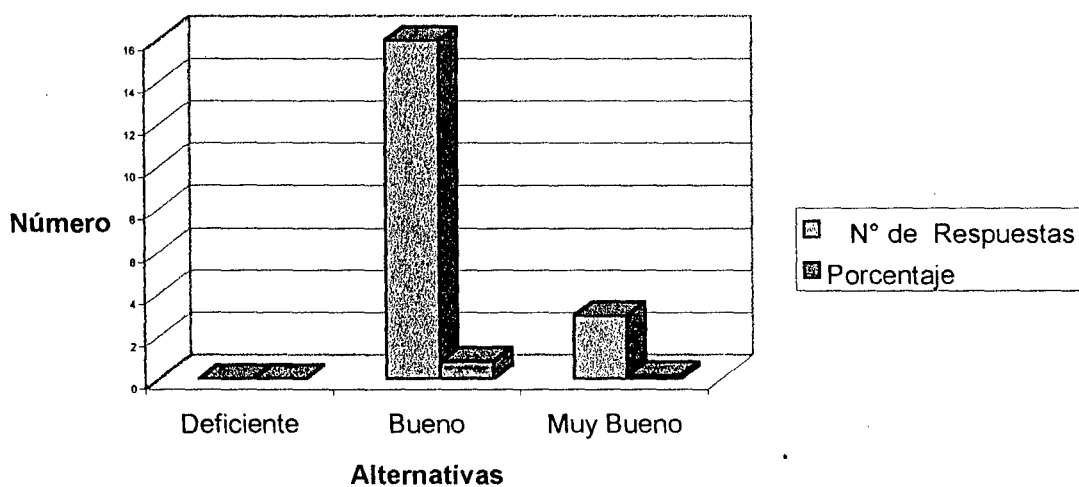
Facilidades al personal para asistencia, más cursos, tener más interés por la capacitación, más tiempo de capacitación. Capacitación por videos, más difusión.

2. Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	16	84%
Muy Bueno	3	16%
Total	19	100%

Comentario:
opinión
buena

Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc

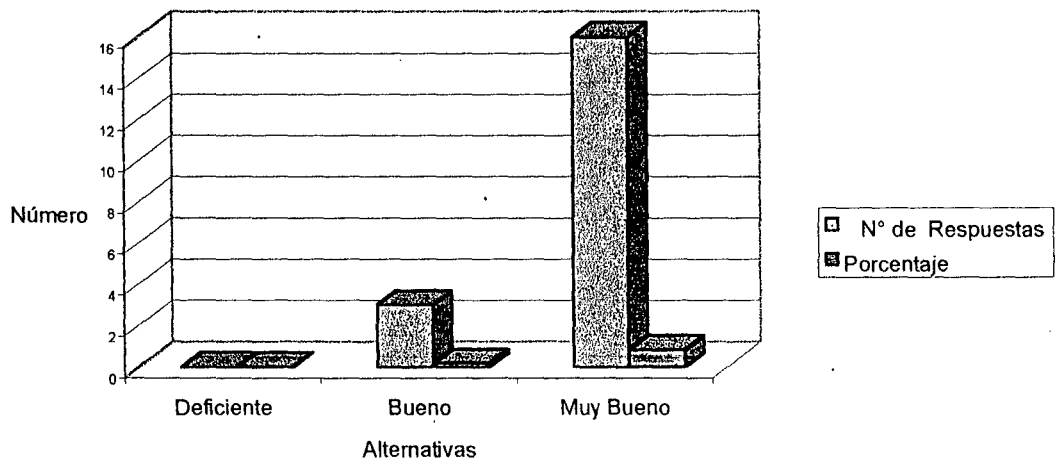


3. Opinión del Desempeño del Expositor:

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	3	16%
Muy Bueno	16	84%
Total	19	100%

Comentario:
muy bueno

Opinión del Desempeño del Profesor

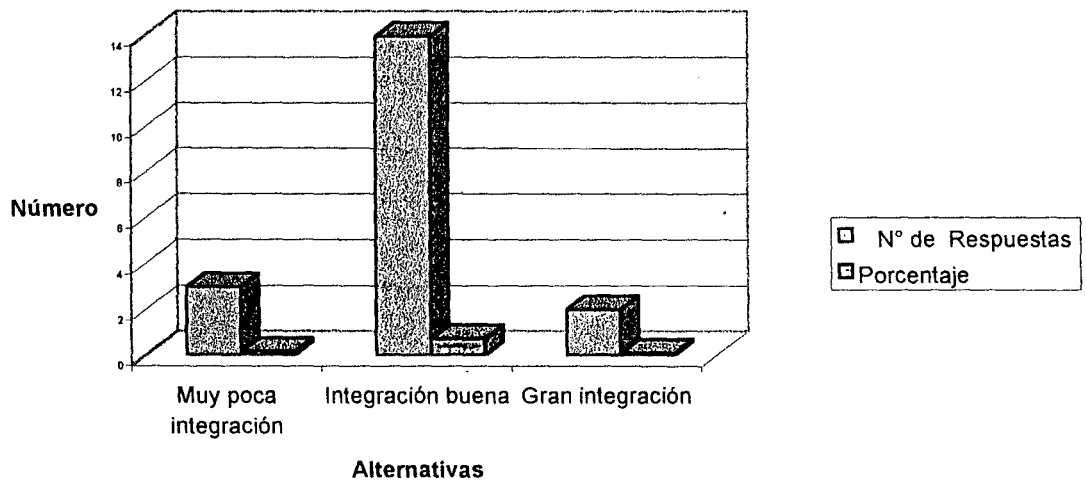


4. Cómo califica la integración del Grupo participante

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poca integración	3	16%
Integración buena	14	74%
Gran integración	2	10%
Total	19	100%

Comentario:
buena
integración

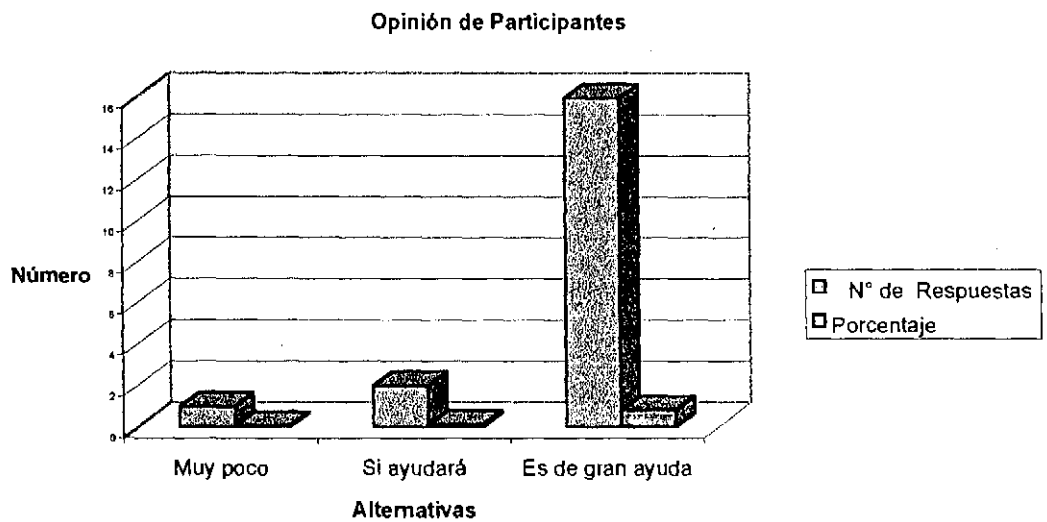
Cómo califica la integración del Grupo participante



5. Opinión de los participantes respecto de la Contribución del Curso a la Consolidación de los Niveles de Eficiencia y calidad en la atención al público usuario del HNSEB.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poco	1	5%
Si ayudará	2	11%
Es de gran ayuda	16	84%
Total	19	100%

Comentario:
Es de gran ayuda



6. Resumen del Comentario Final: "Más tiempo de capacitación. Todo el equipo médico, enfermeras y técnicas debemos asistir a estos cursos para una mejor atención e información a pacientes.

Irregularidades y Sugerencias

- Utilizar Videos para capacitar al personal.
- Estos cursos nos permiten evaluarnos a nosotros mismos.
- Mayor capacitación e información al personal para llegar al objetivo de ser el Hospital Líder del Cono Norte.
- Tener siempre en cuenta lo importante que es un paciente y lo primero.
- Debemos tratar en lo posible ir mejorando la calidad de los servicios, por que esto nos permitirá ir cumpliendo con nuestra visión y misión, brindando una atención de calidad que nos permitirá tener un mejor prestigio diariamente.

10.A. Grupo Ocupacional: Departamento de Medicina

Fecha de Capacitación: 02-09-2000 al 13-09-2000 y
16-09-2000 al 27-09-2000.

10.B. Universo Muestral 538 participantes

Proporcionalidad de la muestra: 275 participantes
(51% del Universo)

N° de Participantes: 20

Porcentaje de la muestra: 7%

10.C. Apreciaciones del Participante

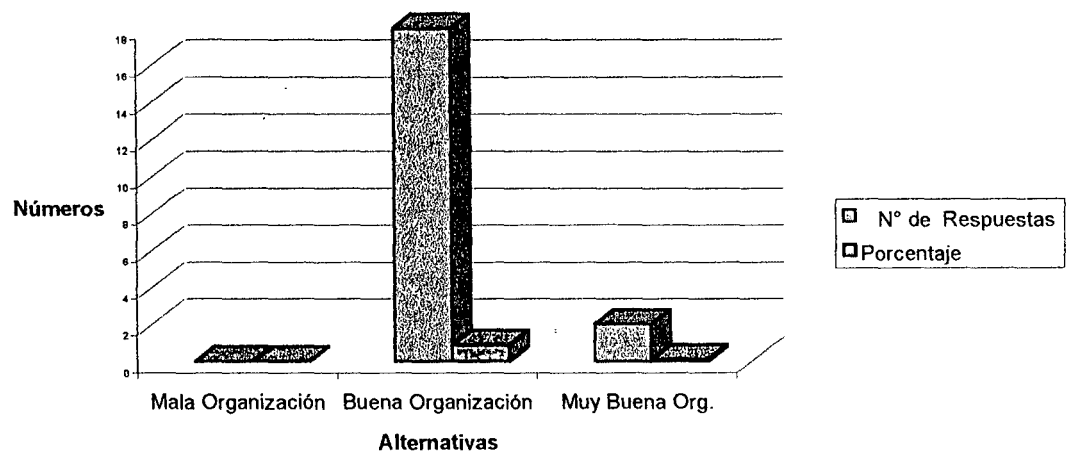
Cuestionario de Encuesta

1. ¿La organización del curso que le parece?

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Mala Organización	0	0%
Buena Organización	18	90%
Muy Buena Org.	2	10%
Total	20	100%

Comentario:
Buena
organización

La Organización del Curso le parece:



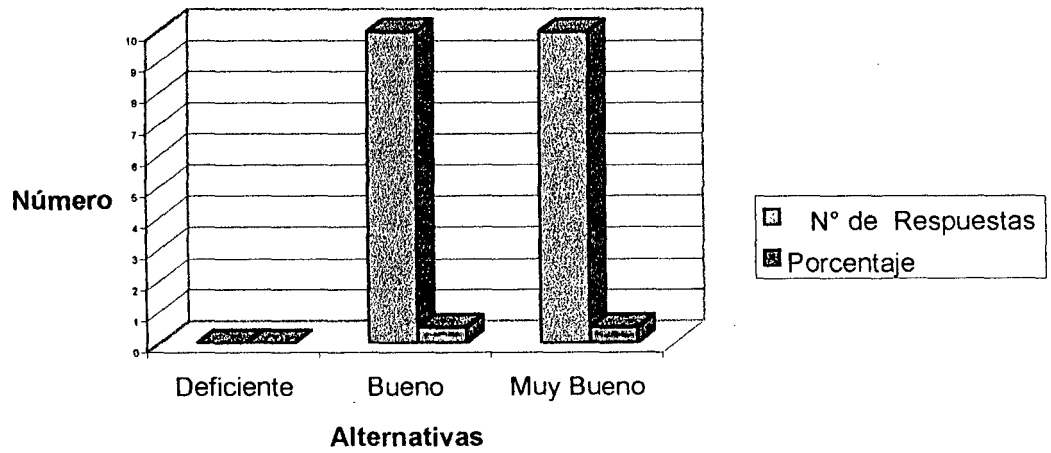
Lo que faltó (resumen)

Curso de gran apoyo para la gestión

2. Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje	Comentario: opinión buena
Deficiente	0	0%	
Bueno	10	50%	
Muy Bueno	10	50%	
Total	20	100%	

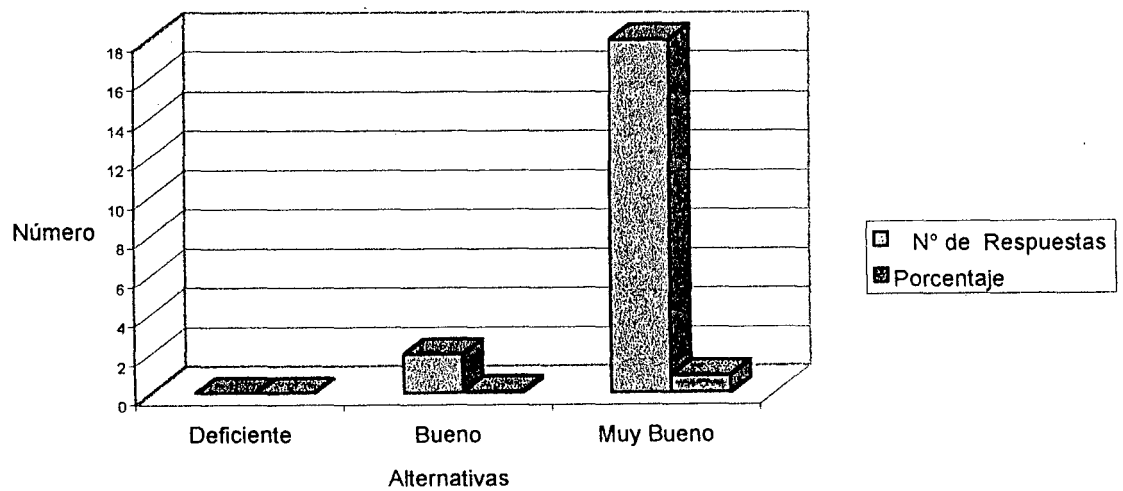
Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc



3. Opinión del Desempeño del Expositor:

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje	Comentario: Muy bueno
Deficiente	0	0%	
Bueno	2	10%	
Muy Bueno	18	90%	
Total	20	100%	

Opinión del Desempeño del Expositor

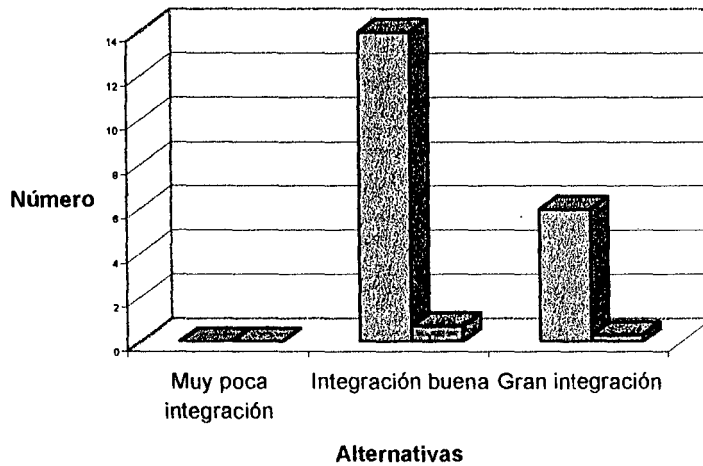


4. Cómo califica la integración del Grupo participante

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poca integración	0	0%
Integración buena	14	70%
Gran integración	6	30%
Total	20	100%

Comentario:
buena
integración

Cómo califica la integración del Grupo participante

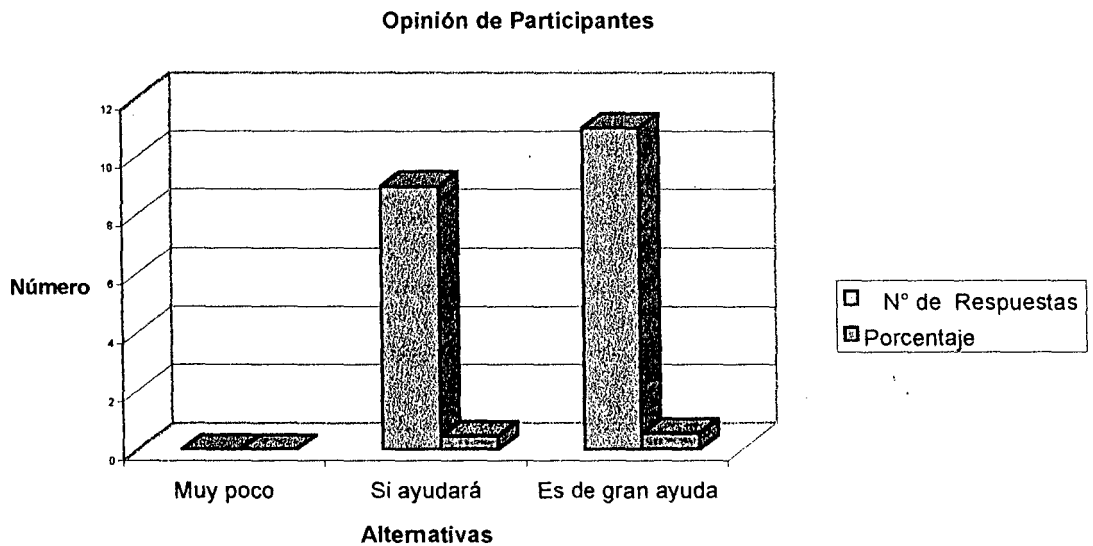


N° de Respuestas
 Porcentaje

5. Opinión de los participantes respecto de la Contribución del Curso a la Consolidación de los Niveles de Eficiencia y calidad en la atención al público usuario del HNSEB.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poco	0	0%
Si ayudará	9	45%
Es de gran ayuda	11	55%
Total	20	100%

Comentario:
Es de gran ayuda



3. Resumen del Comentario Final: "Importante curso que deben seguir todos los profesionales y empleados de este Hospital. Debe ayudar mucho al mejoramiento de la atención a pacientes y al público en general. Debe repetirse y evaluar cada cierto tiempo su eficacia".

Irregularidades y Sugerencias

- El Hospital debe trabajar constituyendo equipos con responsabilidades compartidas.
- Tener entre todos un solo objetivo: Mejorar la calidad del trabajo.
- Mejorar el trato que se le brinda a los pacientes, debe ser más humano.
- Si diagnosticamos nuestras deficiencias a tiempo, podemos superarlas y mejorar nuestra calidad.
- Sólo hace falta un poco de responsabilidad en cada uno de los profesionales y empleados.
- Sabemos que hay muchas cosas deficientes, pero no asumimos nuestro rol.

11.A. Grupo Ocupacional: Departamento de Pediatría

Fecha de Capacitación: 14-10-2000;
 18-10-2000;
 21-10-2000;
 25-10-2000.

11.B. Universo Muestral 538 participantes
 Proporcionalidad de la muestra: 275 participantes
 (51% del Universo)

N° de Participantes: 18
 Porcentaje de la muestra: 7%

11.C. Apreciaciones del Participante

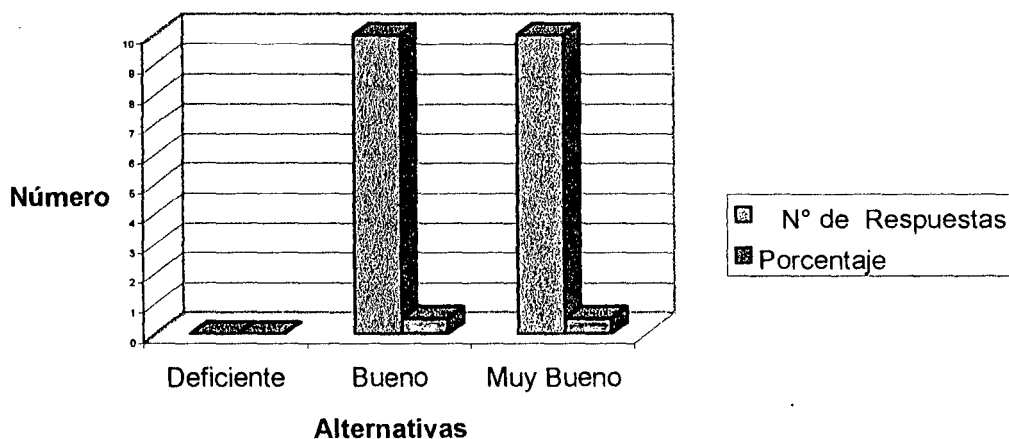
Cuestionario de Encuesta

1. ¿La organización del curso que le parece?

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Mala Organización	0	0%
Buena Organización	16	89%
Muy Buena Org.	2	11%
Total	18	100%

Comentario:
Buena
organización

Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc



Lo que faltó (resumen)

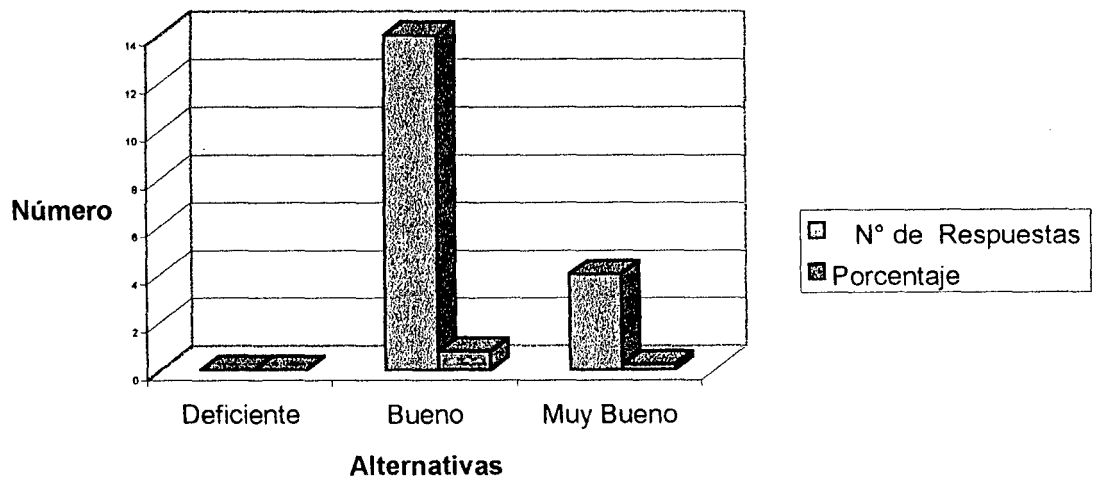
Mayores horas de trabajo

2. Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	14	78%
Muy Bueno	4	22%
Total	18	100%

Comentario:
opinión
buena

Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc

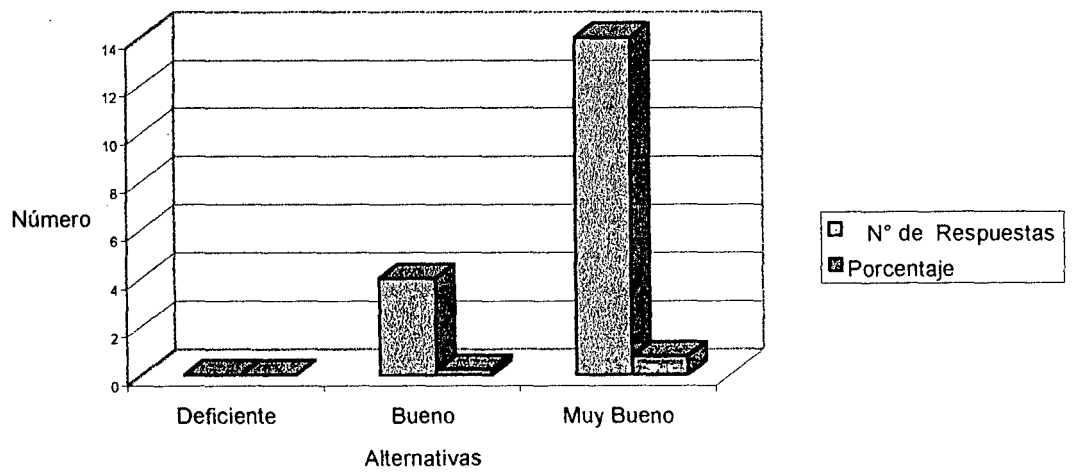


3. Opinión del Desempeño del Expositor:

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	4	22%
Muy Bueno	14	78%
Total	18	100%

Comentario:
Muy bueno

Opinión del Desempeño del Profesor

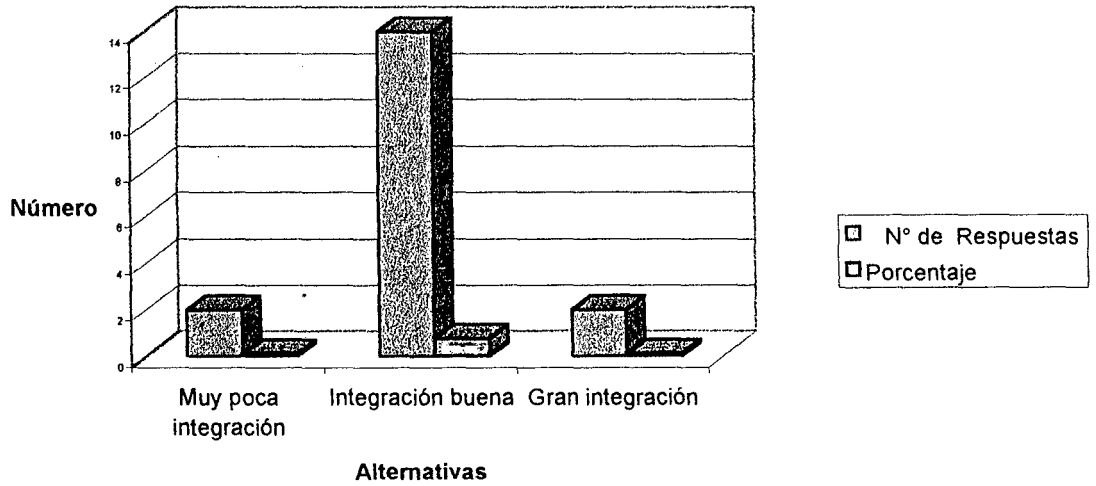


4. Cómo califica la integración del Grupo participante

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poca integración	2	11%
Integración buena	14	78%
Gran integración	2	11%
Total	18	100%

Comentario:
hay una
buena
integración

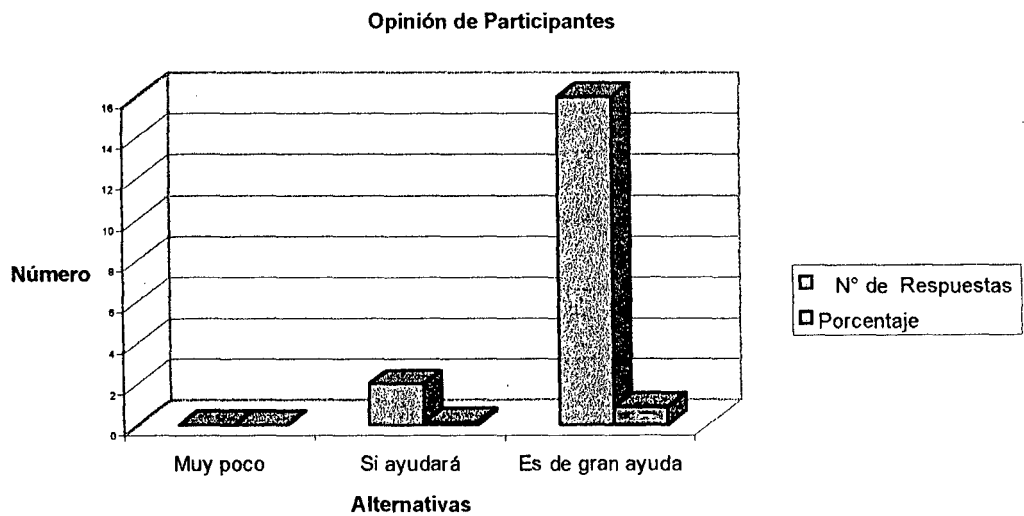
Cómo califica la integración del Grupo participante



5. Opinión de los participantes respecto de la Contribución del Curso a la Consolidación de los Niveles de Eficiencia y calidad en la atención al público usuario del HNSEB.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poco	0	0%
Si ayudará	2	11%
Es de gran ayuda	16	89%
Total	18	100%

Comentario:
Es de gran ayuda



6. Resumen del Comentario Final:

“Es un curso que nos permite conocer nuestras deficiencias y errores que pasan todos los días, y en los que no reparamos, por que no nos concentramos en evaluarnos el resultado, un mejor trato al paciente, sobre todo en nuestro caso, los niños que no siempre saben expresarse.”

Irregularidades y Sugerencias

- El personal de profesionales y empleados de este Hospital debe preocuparse de conocer mejor a los pacientes, entenderlos y darles el trato adecuado a su nivel de entendimiento y a su condición de enfermo.
- Trabajar con más armonía y compañerismo.
- Los niños requieren mucho amor y paciencia en su trato, algunos profesionales y empleados se olvidan de esto.
- Los niños quieren a sus padres, hay que darles la oportunidad de estar con ellos en los momentos que correspondan, con un buen asesoramiento, a fin de que sean una ayuda.

12.A. Grupo Ocupacional: Departamento de Farmacia

Fecha de Capacitación: 07-11-2000;
09-11-2000;
11-11-2000

12.B. Universo Muestral 538 participantes
Proporcionalidad de la muestra: 275 participantes
(51% del Universo)

N° de Participantes: 24
Porcentaje de la muestra: 9%

12.C. Apreciaciones del Participante

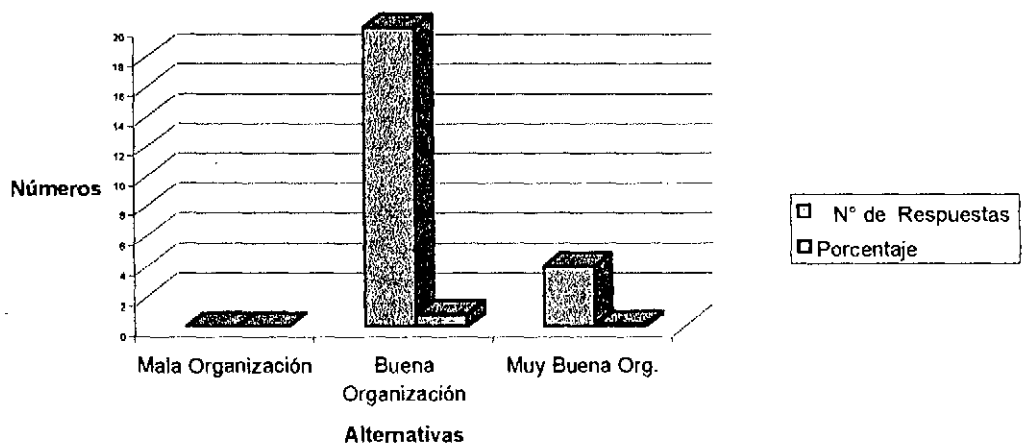
Cuestionario de Encuesta

1. ¿La organización del curso que le parece?

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Mala Organización	0	0%
Buena Organización	20	83%
Muy Buena Org.	4	17%
Total	24	100%

Comentario:
Buena
organización

La Organización del Curso le parece:



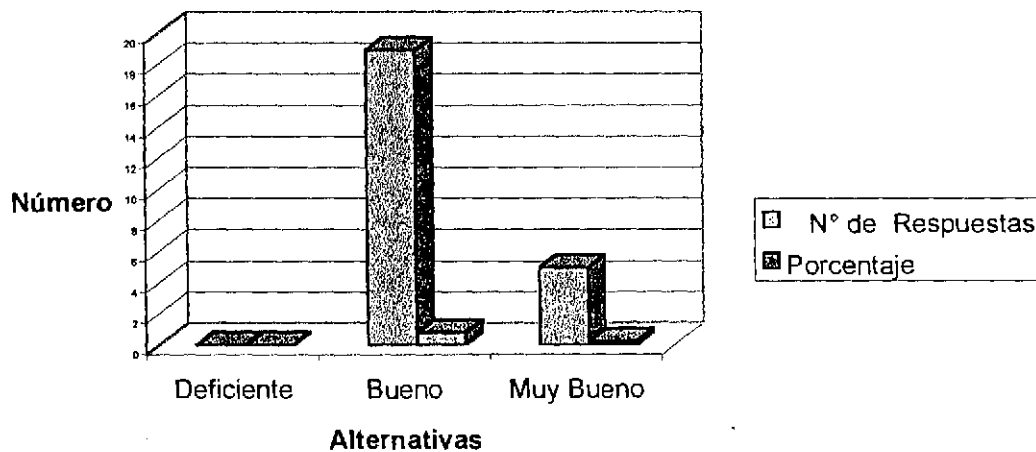
Lo que faltó (resumen)

Falto tiempo para profundizar la información, falta separatas y más frecuencias, falta debate entre asistentes

2. Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje	Comentario: opinión buena
Deficiente	0	0%	
Bueno	19	79%	
Muy Bueno	5	21%	
Total	24	100%	

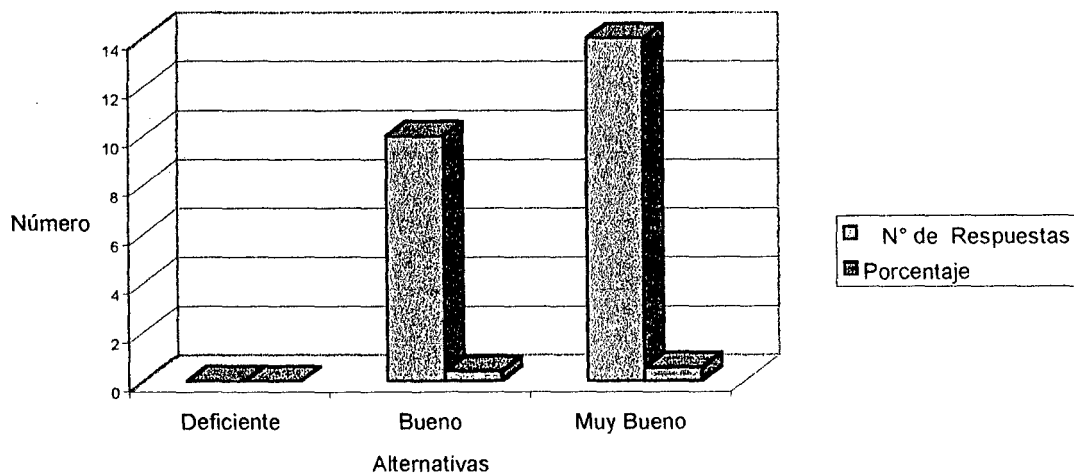
Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc



3. Opinión del Desempeño del Expositor:

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje	Comentario: Muy bueno
Deficiente	0	0%	
Bueno	10	42%	
Muy Bueno	14	58%	
Total	24	100%	

Opinión del Desempeño del Profesor

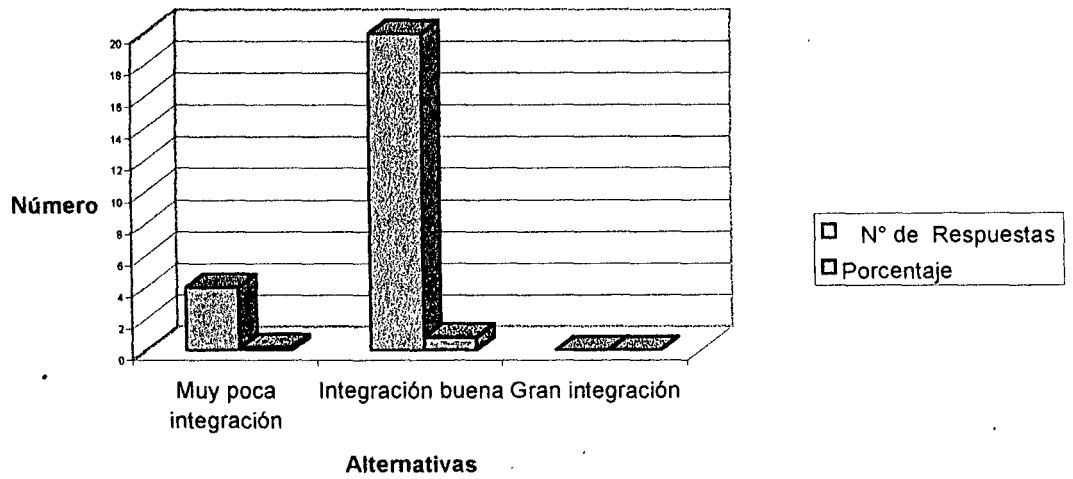


4. Cómo califica la integración del Grupo participante

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poca integración	4	17%
Integración buena	20	83%
Gran integración	0	0%
Total	24	100%

Comentario:
hay una
buena
integración

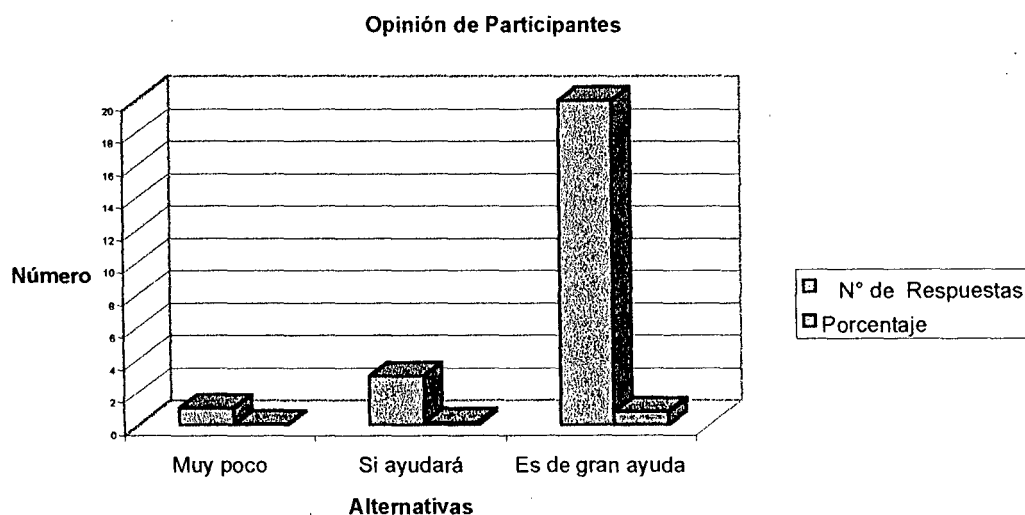
Cómo califica la integración del Grupo participante



5. Opinión de los participantes respecto de la Contribución del Curso a la Consolidación de los Niveles de Eficiencia y calidad en la atención al público usuario del HNSEB.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poco	1	4%
Si ayudará	3	13%
Es de gran ayuda	20	83%
Total	24	100%

Comentario:
Es de gran ayuda



6. Resumen del Comentario Final:

“Gracias, primera vez que hay una charla así, nos sirve de mucho. Así mejorará el nivel de calidad en la atención al público. Aumentarán más pacientes que se atiendan en el Hospital, teniendo una buena imagen.”

Irregularidades y Sugerencias

- Dar charlas sobre medicamentos.
- Los Médicos deben recetar con nombres genéricos y entre paréntesis el nombre comercial.
- Ampliación del servicio de farmacia de emergencia.
- Cambiar el lugar de la computadora de emergencia se expone al maltrato del público.

- El almacén no está en condiciones de almacenar medicamentos y material médico, está junto a materiales de ferretería, no existe cuidado en su manejo.
- Abastecer la farmacia con medicamentos de nombre comercial.
- No tenemos un Uniforme que nos distinga.
- Rotar al personal.
- Falta una computadora para una mejor atención.
- Falta letreros indicando donde se factura y farmacia del Seguro Escolar.
- Mayor rapidez en las compras de medicinas.
- Falta de anfitrionas para orientación al público.
- Letras legibles en recetas.
- Médicos se olvidan especificar la forma farmacéutica y la concentración.
- Algunos Médicos recetan incorrectamente en el formato de narcóticos.
- Crear otra ventanilla de atención al público interno(pedidos de servicios).
- La falta de medicamentos hace que el público se moleste.
- Curso sobre manejo de medicamentos a médicos y sobre todo a internos permanente- mente.
- Inexistencia de medicamentos recetados por médicos que generan reclamos(no se toma en cuenta listados de existencias?).
- Médicos que reclaman prepotentes delante de familiares por productos de otras marcas(pero que no especifican el laboratorio).
- Si se pudiera instalar otro monitor (computadora) y no faltara el stock de medicamentos, se mejoraría la atención al paciente y al público en general.

13.A. Grupo Ocupacional: Oficina de Estadística e Informática

Fecha de Capacitación: 24-11-2000;
 25-11-2000;
 29-11-2000;
 02-12-2000;
 09-12-2000.

13.B. Universo Muestral 538 participantes
 Proporcionalidad de la muestra: 275 participantes
 (51% del Universo)
 N° de Participantes: 27
 Porcentaje de la muestra: 10%

13.C. Apreciaciones del Participante

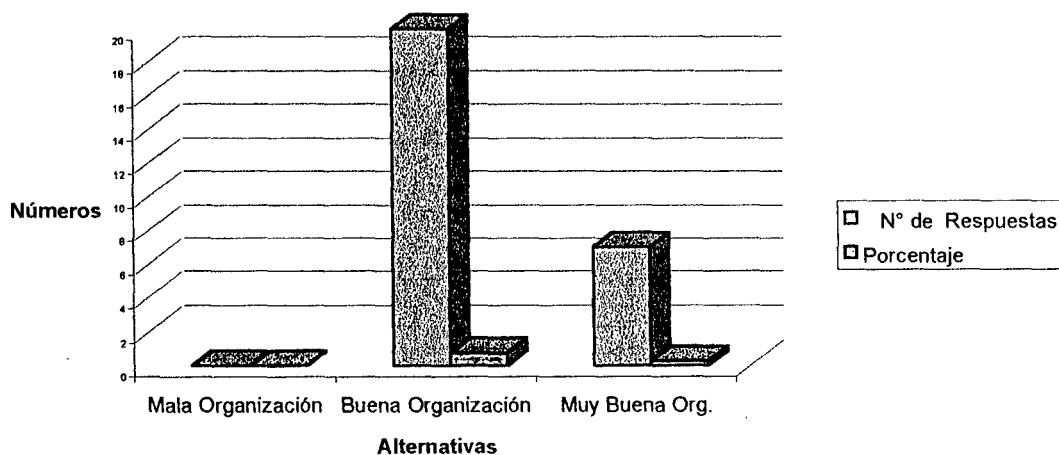
Cuestionario de Encuesta

1. ¿La Organización del curso que le parece?

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Mala Organización	0	0%
Buena Organización	20	74%
Muy Buena Org.	7	26%
Total	27	100%

Comentario:
Buena organización

La Organización del Curso le parece:



Lo que faltó (resumen)

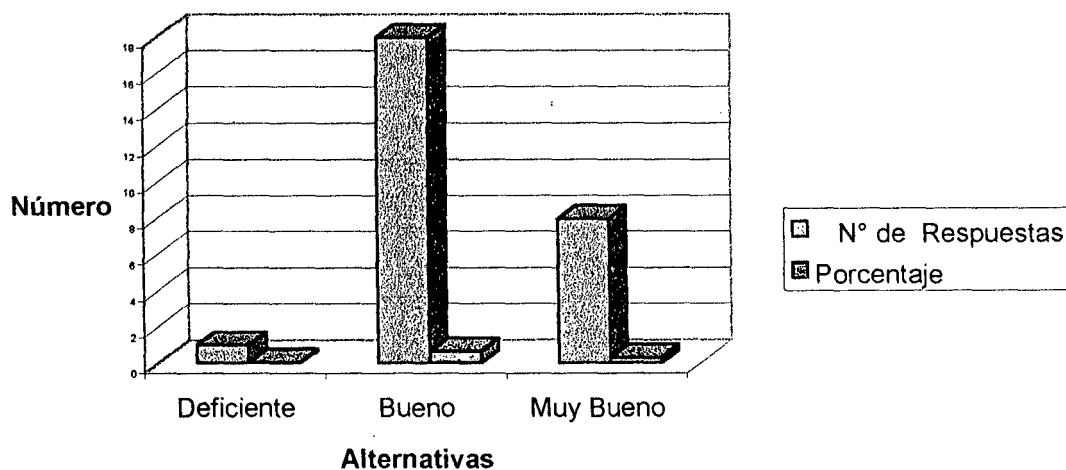
Más organización en horarios, mayor oportunidad en intervenciones, dinamismo, asegurar la solución de problemas, videos con ejemplos de otros hospitales, más tiempo de trabajo.

2. Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	1	4%
Bueno	18	67%
Muy Bueno	8	29%
Total	27	100%

Comentario:
opinión
buena

Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc

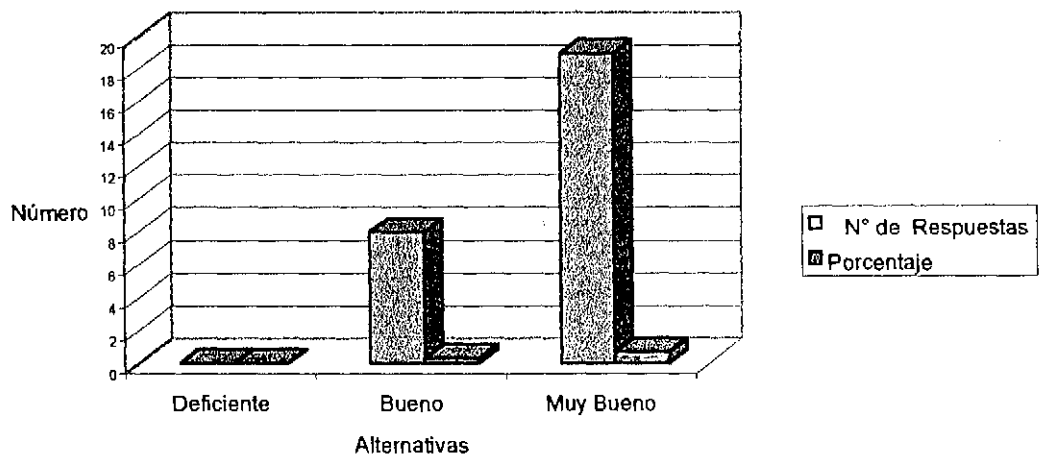


3. Opinión del Desempeño del Expositor:

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	8	30%
Muy Bueno	19	70%
Total	27	100%

Comentario:
Muy bueno

Opinión del Desempeño del Profesor

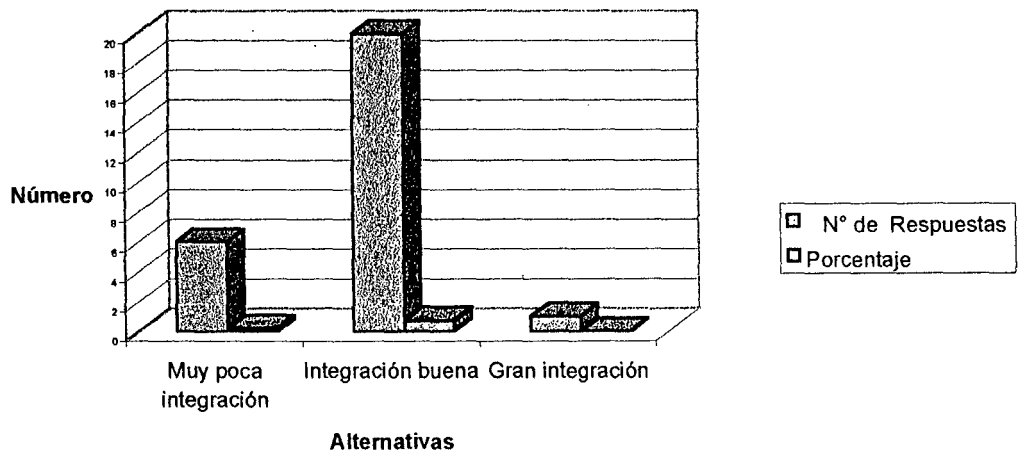


4. Cómo califica la integración del Grupo participante

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poca integración	6	22%
Integración buena	20	74%
Gran integración	1	.4%
Total	27	100%

Comentario:
Muy buena integración

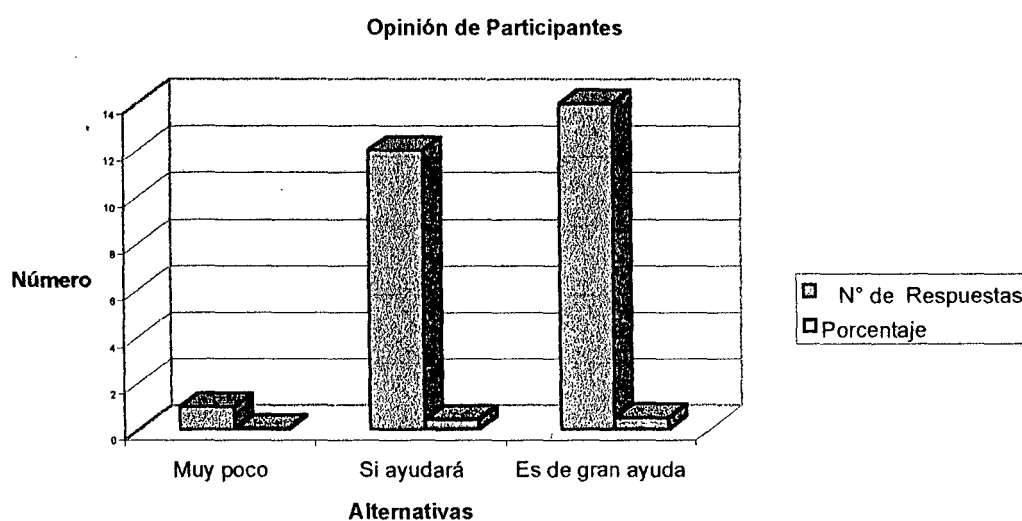
Cómo califica la integración del Grupo participante



5. Opinión de los participantes respecto de la Contribución del Curso a la Consolidación de los Niveles de Eficiencia y calidad en la atención al público usuario del HNSEB.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poco	1	4%
Si ayudará	12	44%
Es de gran ayuda	14	52%
Total	27	100%

Comentario:
Es de gran ayuda



6. Resumen del Comentario Final:

Resumen del Comentario Final: "Tenemos el mejor concepto del curso, les felicitamos, y acotamos que cuando sugerimos a la superioridad la solución de nuestros problemas presentando alternativas, se nos brinde un poco de apoyo y atención y que no suene a queja, sino a esperanza de una Of. Estadística mejor para todo el Hosp."

Irregularidades y Sugerencias

- Esperamos sea el Expositor, mediador, entre la Oficina de Estadística y el Director y demás autoridades.
- Hay buenas perspectivas, buenos ideales, pero en realidad depende del cambio de paradigmas, tanto del personal como de los directivos.

- Esperamos sea el Expositor, mediador, entre la Oficina de Estadística y el Director y demás autoridades.
- Hay buenas perspectivas, buenos ideales, pero en realidad depende del cambio de paradigmas, tanto del personal como de los directivos.
- Declarar en Emergencia el Archivo de Historias.
- Ordenar y ubicar el espacio respectivo dentro del ambiente del archivo para separar o establecer el archivo de historias pasivo e historias activo. Desarmar andamios que están estorbando el acceso.
- Depurar en forma permanente las historias que no han sido atendidas hace 7 años en forma seguida y colocarlas como historias pasivas.
- Elaborar cronograma de actividades para depuración: H.P.;H.A.H. Especiales. Colocación de fólderes respectivos por colores, apellidos y nombres y códigos.
- No existen servicios higiénicos adecuados(especial – mente para damas).
- Existencia de polvo, hongos, etc. en archivo, dotar de jabones, desinfectantes, un litro de leche.
- Adecuar el ambiente físico o planta para una mayor eficiencia (2do.piso).
- Para realizar el reordenamiento del archivo se requiere de horas extras, por que no se puede interrumpir el horario de atención al paciente.
- Hay poco compañerismo. Al personal no le interesa la capacitación, no hay motivación ni identificación al trabajo.

Matriz de Tabulación de Encuesta

“Curso de Capacitación en Técnicas de atención al Público”

Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Resumen General

A. Grupo Ocupacionales Asistenciales capacitados, fechas de capacitación, número de participantes.

1. Personal de Seguridad y Vigilancia

Fechas: 13-01-2000 / 17-01-2000 / 07-02-2000 / 14-02-2000 / 21-07 –2000 / 08-08-2000.

N° de Participantes: 33

2. Damas Voluntarias

Fechas: 19-01-2000 / 21-01-2000 / 22-01-2000

N° de Participantes: 23

3. Departamento de Enfermería

Fechas: 24-01-2000 / 26-01-2000 / 28-01-2000

N° de Participantes: 17

4. Personal de Enfermería y Obstetricia

Fechas: 01-02-2000 / 02-02-2000 / 04-02-2000

N° de Participantes: 21

5. Área de Central Telefónica

Fechas: 14-02-2000/ 21-02-2000

N° de Participantes: 06

6. Personal Médico y Enfermeras

Fechas: 16-02-2000 / 18-02-2000

N° de Participantes: 14

7. Personal Enfermería, técnicas, asistentes sociales, asistentes administrativas

Fechas: 09-05-2000 / 16-05-2000/ 19-05-2000 / 26-05-2000

N° de Participantes: 24

8. Departamento de Gineco – Obstetricia (médicos – Obstetrices – enfermeras – técnicas de enfermería).

Fechas: 03-07-2000 / 05-07 –2000 / 07-07-2000

N° de Participantes: 29

9. Departamento de Anestesiología – Sala de Operaciones (médicos, enfermeras, técnicas)
 Fechas: 02-08-2000 / 09-008-2000
 N° de Participantes: 19
10. Departamento de Medicina (médicos, psicólogos, Enfermeras, técnicas).
 Fechas: 02-09-2000 / 13-09-2000 / 16-09-2000
 27-09-2000
 N° de Participantes: 20
11. Departamento de Pediatría (médicos, enfermeras, Técnicos).
 Fechas: 14-10-2000 / 18-10-2000 / 21-10-2000 /
 25-10-2000
 N° de Participantes: 18
12. Departamento de Farmacia (farmacéuticos, técnicos, Administradores.
 Fechas: 07-11-2000 / 09-11-2000 / 11-11-2000/
 14-11-2000 / 18-11-2000
 N° de Participantes: 24
13. Oficina de Estadística e Informática (jefes, técnicos, Administrativos.
 Fechas: 24-11-2000 / 25-11-2000 / 29-11-2000 /
 02-12-2000 / 09-12-2000
 N° de Participantes: 27

B.	Universo Muestral	538	=	100%
	Total empleados capacitados	275	=	51%
	Proporcionalidad de la muestra:	275	=	51%

C. Apreciaciones del Participante

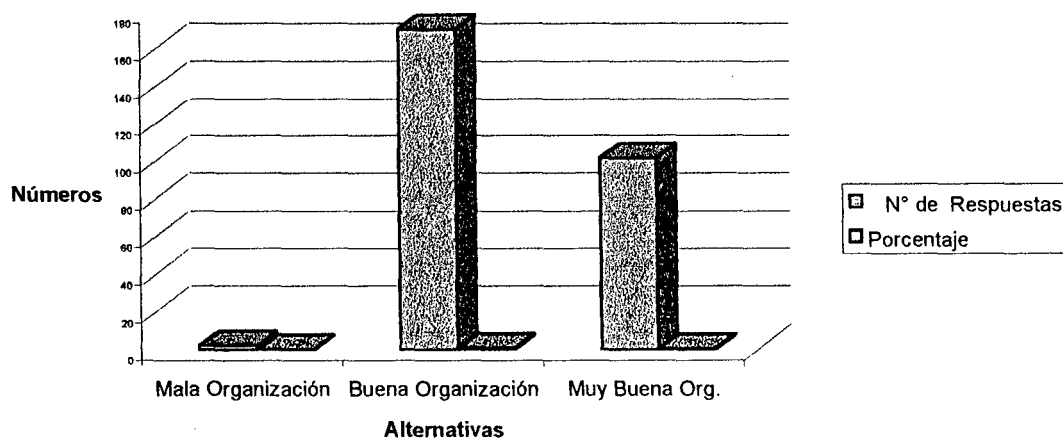
Cuestionario de Encuesta

1. ¿La Organización del curso que le parece?

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Mala Organización	2	1%
Buena Organización	171	62%
Muy Buena Org.	102	37%
Total	275	100%

Comentario: El curso es calificado como de una buena organización, con lo que alcanzamos el objetivo.

La Organización del Curso le parece:

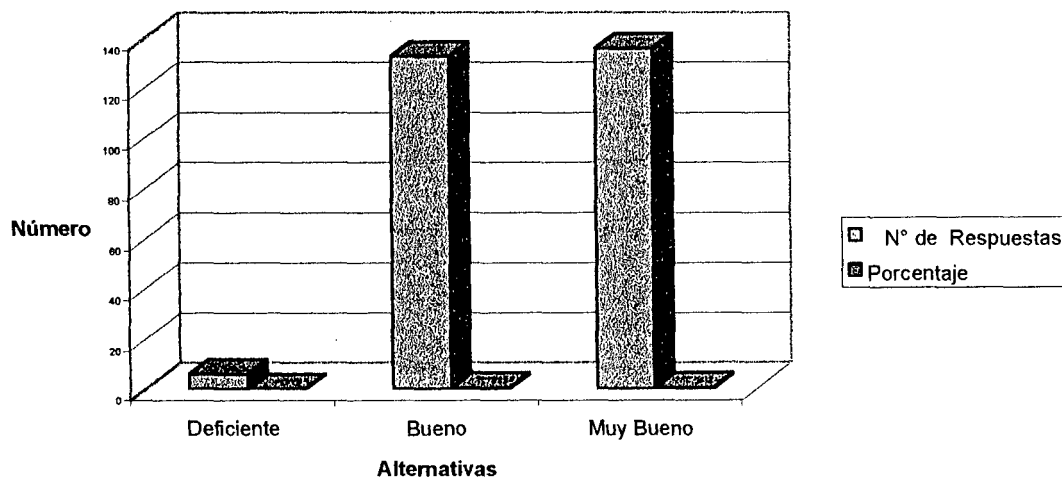


2. Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	6	2%
Bueno	133	48%
Muy Bueno	136	50%
Total	275	100%

Comentario:
Adecuada existencia de elementos de apoyo audiovisual instruccional.

Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc

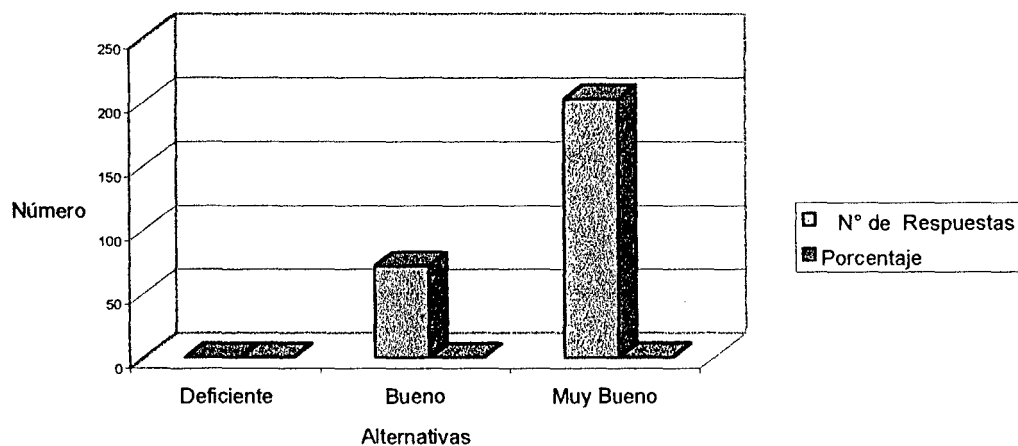


3. Opinión del Desempeño del Expositor:

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Deficiente	0	0%
Bueno	72	26%
Muy Bueno	203	74%
Total	275	100%

Muy buena impresión del desempeño del expositor, fue un factor de apoyo al éxito del Programa

Opinión del Desempeño del Profesor

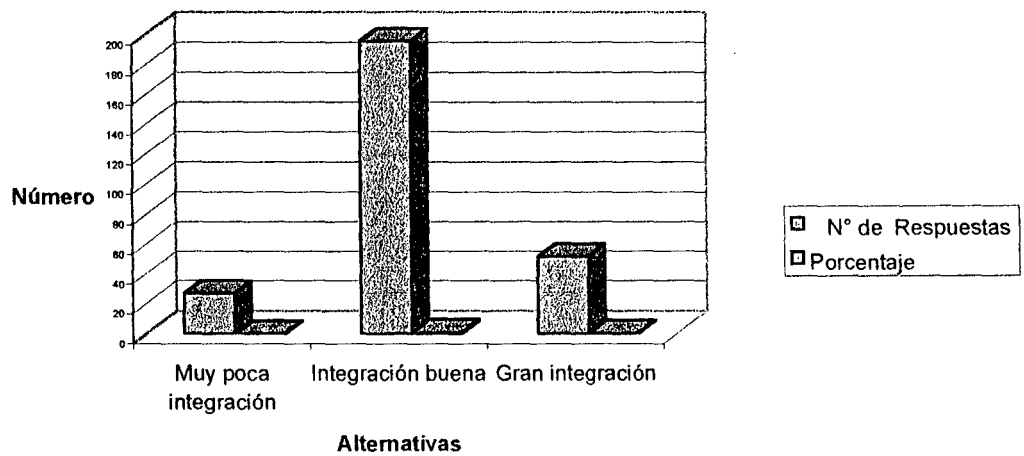


4. Cómo califica la integración del Grupo participante

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poca integración	27	10%
Integración buena	196	71%
Gran integración	52	19%
Total	275	100%

Comentario: En general la integración de los grupos participantes fue buena

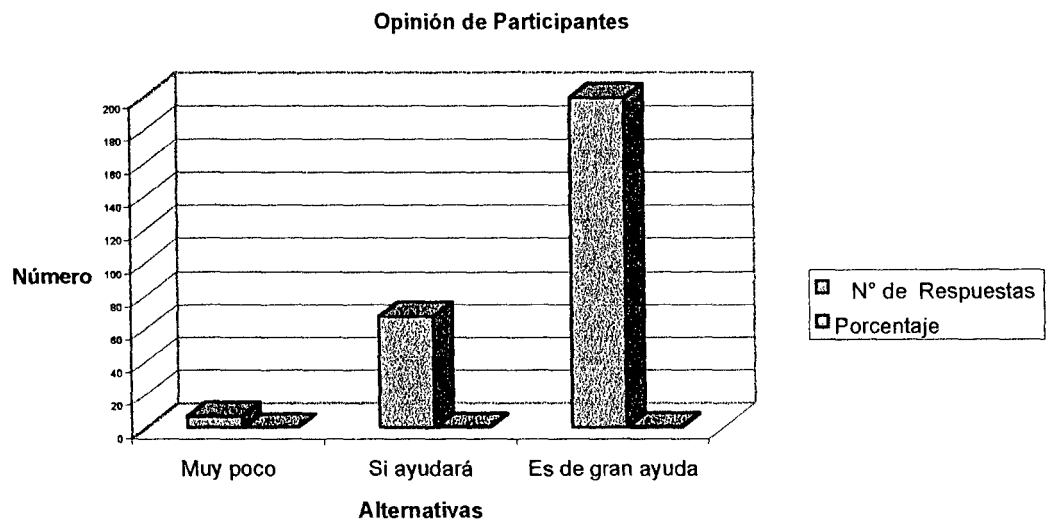
Cómo califica la integración del Grupo participante



5. Opinión de los participantes respecto de la Contribución del Curso a la Consolidación de los Niveles de Eficiencia y calidad en la atención al público usuario del HNSEB.

Respuestas	N° de Respuestas	Porcentaje
Muy poco	7	2%
Si ayudará	68	25%
Es de gran ayuda	200	73%
Total	275	100%

Comentario:
Muy buen comentario, la gran mayoría declara que el curso es de gran ayuda al objetivo de consolidar el nivel de eficiencia y calidad en la atención al público del HNSEB.



4. Resumen del Comentario Final:

Sería reiterativo repetir los comentarios de cada grupo ocupacional que ya conocemos, solamente debemos decir que luego del análisis de las respuestas, estamos seguros de haber contribuido seriamente a conseguir el gran objetivo impuesto en el Plan Operativo, del mejoramiento de la calidad de la atención al cliente – usuario, paciente del HNSEB.

Complementariamente al cuestionario de la presente encuesta, incorporamos toda la información que consiste en un verdadero aporte de los profesionales y empleados en general del HNSEB. Respecto de aquello que consideran irregular, anómalo, inadecuado, insatisfactorio y exponen sus sugerencias, sus críticas y opiniones sobre aquello que debe mejorarse, siempre apuntando a la calidad en el servicio prestado por el HNSEB.

Esta última información, rica en experiencias reales puede considerarse un importante diagnóstico de la realidad problemática o espectro problemático para la futura planificación del desarrollo institucional.

Fase de Evaluación

Estamos en condiciones de declarar categóricamente que se han alcanzado satisfactoriamente las metas y objetivos determinados en el Plan Operativo Anual de Fortalecimiento de la Gestión Corporativa del Hospital Sergio E. Bernales para el período Enero-Diciembre 2000. A pesar de las dificultades de índole económica y administrativa, quedando para el futuro la etapa de consolidación.

Futuro Plan Operativo

El Plan Operativo de Imagen Institucional y Relaciones Públicas contiene dos grandes líneas de acción correspondientes a dos Estrategias Específicas comprendidas en el "Plan Estratégico 1999-2004" para el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

"Fomento de la Cultura Institucional de Trabajo en Equipo"

Etapa de Institucionalización

Enero 2001 a Diciembre 2004

"Fortalecimiento de la Imagen Institucional Corporativa y Externa"

Etapa de Institucionalización de las Acciones de Fortalecimiento.

Fomento de la Cultura Institucional de Trabajo en Equipo

Etapa de Institucionalización

Enero 2001 a Diciembre 2004

Proyecto de Programas

Programa de Comunicaciones Masivas.

- 1- Información Interna: Redes de Informática y Computación para Información al Público Paciente-Usuario.
- 2- Información Externa: Caseta de Información al Público. Folletería. Manual del Paciente-Usuario. Servicio de Anfitrionas. Buzón de Sugerencias.
- 3- Monitoreo de Colas
- 4- Encuesta Interna / externa sobre niveles de satisfacción de los públicos.

Programa de Institucionalización de los Círculos de Calidad.

- 1- Estructura y Proceso.
- 2- Introducción del Círculo de Calidad.
- 3- Institucionalización de la Oficina o Comité de los Círculos de Calidad.
- 4- Estrategias y Ejecución Específica para el Hospital Nacional Sergio E. Bernales
- 5- Capacitación, ¿Cómo preparar a la Organización?.
- 6- Creación de Incentivos.
- 7- Competencia por el reconocimiento.
- 8- Formación de un Círculo.

Programa de Refuerzo de Capacitación en Técnicas de Atención al Público Paciente-Usuario.

- 1- Contratación de los niveles de eficiencia en la aplicación de técnicas de atención al público Paciente-Usuario.
- 2- Refuerzo de capacitación para el personal en general (en contacto o no con el público externo).

Fortalecimiento de la Imagen Institucional Corporativa y Externa
Etapa de Institucionalización de las Acciones de Fortalecimiento Corporativo.

Enero 2000 –Diciembre 2004

Proyecto de Programas

- Programa de Identidad Visual. Señalética Externa (áreas de influencia en la Comunidad).
- Programa de Comunicaciones Interpersonales.
 1. Deportes y Esparcimiento: Campeonato Copa Lolos de Vóley Damas. Campeonato Copa Sanitas de Fútbolito varones.(anteproyectos)
 2. Actividades Sociales: Onomástico del mes Celebraciones de Aniversario.
 3. Incentivo al Mejor Empleado: El Trabajador del Mes. "Galería de la Eficiencia".

- Programa de Acciones Comunitarias para Crear Climas de Confianza y Credibilidad.
 1. Campañas de Salud-MINSA.
 2. Campañas de Salud específicas al diagnóstico de la Salud Poblacional del radio de acción, con soporte de Medios.
 3. Programa de Radio y TV. de Apoyo Comunitario, para la prevención de enfermedades y Consejo Sanitario a Distancia.
 4. Charlas Médicas en certámenes diversos.
 5. Visita Guiada a Instalaciones del HNSEB. Por Autoridades locales, Líderes de la Opinión Pública y la Prensa Especializada
 6. Coordinaciones Interinstitucionales para:
 - Simulacro de Evacuación de Incendio con Compañía de Bomberos Voluntarios.
 - Despistaje de Enfermedades para personal de Instituciones(Convenios)
 - Cursillos de Primeros Auxilios a Instituciones y Empresas del área de influencia.
 7. Celebraciones del “Día del Peluquero”- Orientación Sanitaria para profesionales de la peluquería, de efecto Comunitario.
 8. El Festival de la Olla Peruana, Concurso de Platos Típicos, Orientación Sanitaria para responsables de Comedores Populares y Restaurantes en General.

Y cualquier otro Programa, implementado en el futuro, producto del análisis y diagnóstico del panorama problemático institucional.

CÍRCULOS DE CALIDAD

Creación y Manejo de los Círculos de Control de Calidad

Su Proceso

Los Círculos de Calidad y su Proceso

Un Círculo de Calidad está integrado por un pequeño número de empleados de la misma área de trabajo y su supervisor o jefe, que se reúnen voluntaria y regularmente para estudiar técnicas de mejoramiento de Control de Calidad y de Productividad, con el fin de aplicarlas en la identificación y solución de dificultades relacionadas con problemas vinculados a sus trabajos.

ALGUNOS DETALLES ESPECIFICOS

Los Círculos de Calidad son pequeños. En ellos pueden participar desde cuatro hasta quince miembros. Ocho es el número perfecto.

Todos sus miembros deben laborar en un mismo taller, oficina, departamento o área de trabajo. Esta área le da identidad al Círculo.

Los miembros trabajan bajo el mismo supervisor o jefe, quien a su vez forma parte del Círculo.

Detalles Específicos del Círculo de Calidad.- Por lo general, aunque no siempre el Supervisor o Jefe es también el Jefe del Círculo. Como tal, debe moderar las discusiones y tratar de conseguir un consenso. El Jefe no imparte órdenes ni toma decisiones. Los miembros del grupo, toman sus propias decisiones.

Participación voluntaria significa que todas las personas que trabajan en una oficina tienen la oportunidad de unirse o no al grupo de posponer su ingreso de retirarse y de afiliarse nuevamente. Los Círculos se reúnen por lo general una vez a la semana durante horas hábiles y reciben remuneración por este trabajo adicional(forma parte de sus funciones).

Los Círculos generalmente se reúnen en salas especiales de conferencias alejadas de su propia área de trabajo

Los miembros del Círculo reciben instrucción especial acerca de los reglamentos que atañen a su participación en un Círculo de Calidad, a la mecánica de dirigir reuniones y a la forma de hacer presentaciones a la administración. La instrucción también cubre

técnicas empleadas para solucionar problemas en grupo, tales como improvisación de ideas, análisis de causa y efecto, diagramas de flujo y el análisis de Pareto.

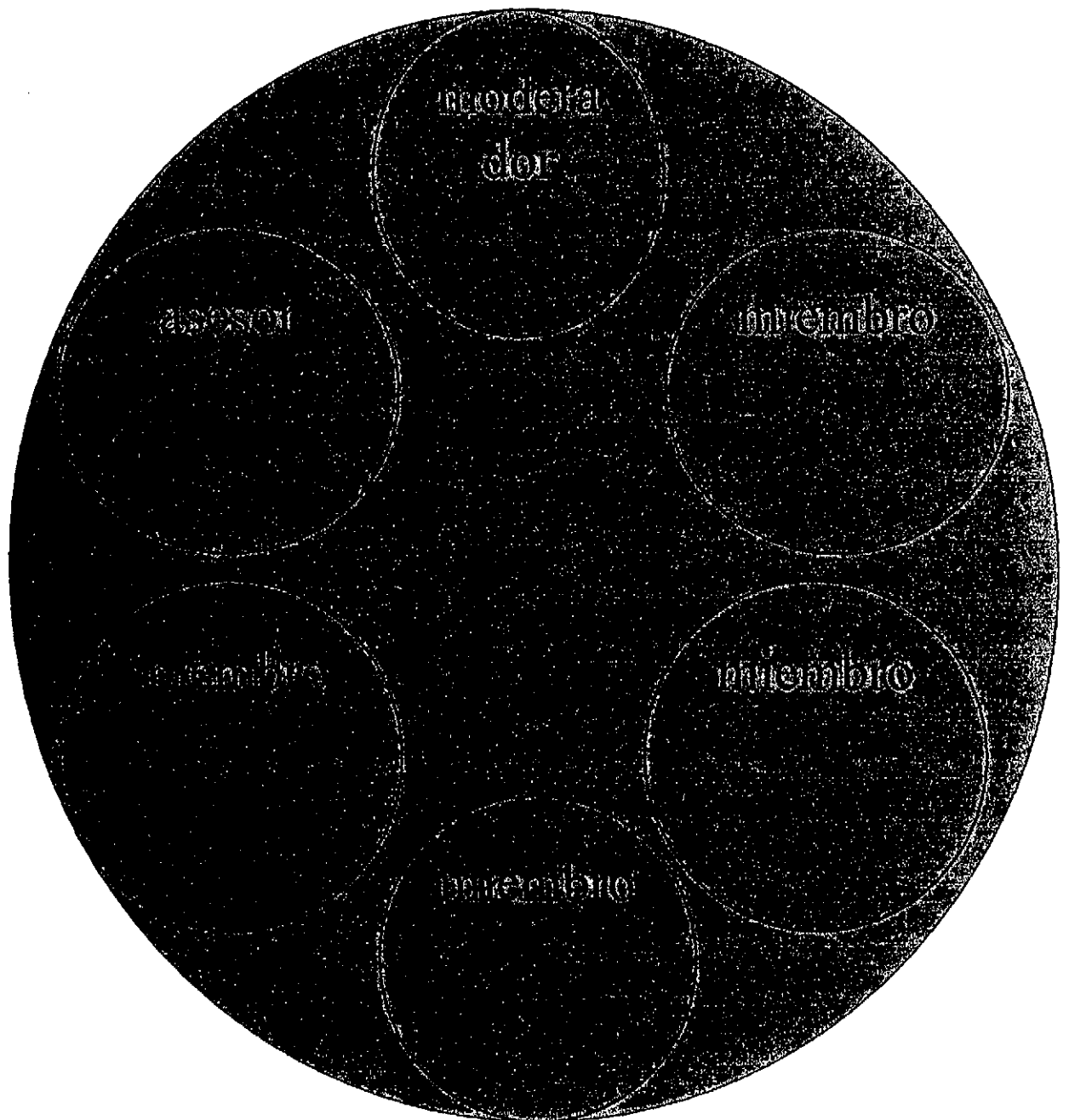
Los miembros del Círculo y no la Gerencia o Dirección, son quienes eligen los problemas y los proyectos sobre los cuales deseen trabajar. Los Círculos recogen la información y reciben la ayuda que requieren para analizar un problema y llegar a una solución.

Los expertos técnicos y la Gerencia o Dirección en general brindan su ayuda a los Círculos con su información y con su experiencia, siempre que los miembros así lo soliciten.

Los Círculos son aconsejados y orientados por un asesor que asiste a todas las reuniones, pero que no es miembro del Círculo. Las Exposiciones preparadas para la Gerencia o Dirección son presentadas a los Gerentes, Jefes y a los expertos técnicos que normalmente tienen la autoridad para tomar una decisión con respecto a una propuesta determinada.

La existencia de los Círculos depende de la voluntad de sus miembros para reunirse. Los integrantes pueden declararse en receso; posteriormente reiniciar sus labores; reunirse durante uno o dos meses o durante años, para solucionar uno, dos o más problemas. Círculos de Calidad Beneficios para la Organización. Una vez introducidos los Círculos de Calidad producen resultados sorprendentes para la Organización. Elevan la moral de los trabajadores, fomentan la lealtad hacia la organización y crean un sentido de trabajo e equipo entre los empleados que forman parte de ellos; contribuyen a mejorar la productividad y la calidad del producto o del servicio. También reduce los motivos de queja, el tiempo perdido, los accidentes, las riñas, la fricción, el ausentismo y las llegadas tarde. En resumen, sirve para solucionar problemas y ahorrar dinero de la Organización. Círculo de Calidad

Estructura del CIRCULO DE CALIDAD



Estructura y Proceso

El término "Círculo de Calidad" tiene dos significados. Se refiere tanto a una estructura y a un proceso, como a un grupo de personas y a las actividades que realizan. Por consiguiente, es posible hablar de un "proceso de Círculo de Calidad" al igual que de un "Círculo de Calidad". Estructura del Círculo de Calidad. Es fundamentalmente la forma como está integrado el grupo y se define de acuerdo con la posición de los miembros dentro de la organización.

Representa un ideal, un objetivo por el cual luchar. En la práctica, los Círculos de Calidad requieren de un período prolongado de labores con el apoyo de un asesor nominado por el grupo.

El Proceso del Círculo de Calidad

El Proceso del Círculo de Calidad está dividido en cuatro Subprocesos:

- 1- Identificación de Problemas, estudio a fondo de las Técnicas para mejorar la calidad y la productividad y diseño de soluciones.
- 2- Explicar en una exposición para la Gerencia o Dirección, la solución propuesta por el grupo, con el fin de que los directivos y los expertos técnicos que estén relacionados con el asunto decidan si se puede poner en práctica o no. Es un riesgo que se debe manejar a fin de no desvirtuar el trabajo y el esfuerzo desplegado por el Círculo de Calidad. Aspecto que los hace involucrarse más en la solución propuesta desde el círculo.
- 3- Ejecución de la solución por parte de la organización general. El Círculo debe contar con la autoridad suficiente para recomendar su ejecución. Importa el papel del Asesor y la puesta en marcha inmediata de las medidas de solución planteadas.
- 4- Evaluación del éxito de la propuesta por parte del Círculo y de la Organización. Introducción del Círculos de Calidad.

El Objetivo de la Introducción consiste en lograr que el Proceso de los Círculos de Calidad se convierta en parte permanente y auto sostenida del Proceso Administrativo de una Organización, en otras palabras, lograr su Institucionalización.

El Proceso de los Círculos de Calidad es un Sistema para llevar a cabo la tarea administrativa y no un programa.

Para lograr su introducción es necesario proceder con cuidado, dedicar muchas horas a su planificación y su preparación y tener paciencia y perseverancia. Se trata de cambiar toda una Organización

Obstáculos para la Ejecución o Aplicación de los Círculo de Calidad

- 1- La existencia de un Concepto equivocado de la Dirección o Gerencia acerca de lo que es un proceso del Círculo de Calidad.
- 2- Oposición del nivel gerencial o jefatural medio y de la supervisión a la introducción de los Círculos de Calidad.
- 3- Capacitación Deficiente.
- 4- Deseo de la Oficina de los Círculos de Calidad de convertirse en un imperio
- 5- Imposibilidad de llevar a la práctica las propuestas de los Círculos de Calidad.
- 6- Imposibilidad de evaluar los resultados del Proceso de los Círculos de Calidad.
- 7- Círculos de Calidad que se alejan de la estructura básica de sus funciones y responsabilidades, desvirtuando su naturaleza.

Institucionalización de la Oficina o Comité de los Círculos de Calidad.

Antes de introducir el Sistema de los Círculos de Calidad, es necesario obtener su aprobación, por cierto de la Alta Dirección o Gerencia, sólo así servirá su aprobación, ya que este Sistema requiere para su éxito, de la activa participación de toda la

Organización. Esto significa que la Dirección debe estar totalmente informada al respecto y brindar su respaldo.

Estrategias y Ejecución

Una vez aprobado el Sistema no se debe apresurar su ejecución sin meditar acerca del objetivo final y de la manera de alcanzarlo. No se puede pensar que se aprenderá por experiencia, formando unos Círculos de Calidad y desarrollando actividades día a día.

El Método razonable consiste en definir el Objetivo y desarrollar la estrategia, antes de formar el primer círculo.

Capacitación

Con el paso de los años, los patrones de comportamiento de una Organización se tornan tradicionales. Pero los Círculos de Calidad exigen un comportamiento especial que puede entrar en conflicto con patrones tradicionales y, por consiguiente es necesario capacitar formalmente al personal sobre sus nuevas funciones, sobre lo que deben decir y hacer, y cuándo y cómo.

Como preparar a la Organización. No es posible comprender los Círculos de Calidad fuera del contexto de la Organización, dentro de la cual existen. De la misma manera no pueden llegar a tener éxito sin una entidad que no esté preparada para fomentar la participación, brindar apoyo a sus necesidades, responder a sus solicitudes y evaluar sus resultados. Por consiguiente, es de vital importancia elaborar planes para preparar a la Organización antes de formar el primer círculo

Creación de Incentivos ¿Por qué los empleados participan en los Círculos de Calidad?

Se sostiene que sus motivos son "intrínsecos", que los empleados tienen la necesidad básica de actualizarse y de ser reconocidos y el deseo de participar en forma significativa.

El tiempo es un factor importante que se debe considerar al determinar cuáles son para el empleado los incentivos apropiados.

Los incentivos intrínsecos tienen gran significado para los miembros de un círculo.

¿Por qué los empleados participan en los Círculos de Calidad?

Se sostiene que sus motivos son "intrínsecos", que los empleados tienen la necesidad básica de actualizarse y de ser reconocidos y el deseo de participar en forma significativa.

El tiempo es un factor importante que se debe considerar al determinar cuáles son para el empleado los incentivos apropiados.

Los incentivos intrínsecos tienen gran significado para los miembros de un círculo.

La Organización orientada por la Oficina de los Círculos de Calidad, debe buscar la manera de recompensar a los empleados. Para ellos existen muchos medios y es necesario recurrir a todos. Entre otros pueden ser: -La Galería del Mejor Empleado, El Vendedor Estrella, El Mejor Compañero, El Mejor Equipo, etc. Reconocimiento

Los logros de los Círculos de Calidad se deben publicar en los boletines de la Organización o fijarlos en los tableros o vitrinas murales, de tal manera que los participantes reciban reconocimiento por sus esfuerzos, tanto de la Gerencia o Dirección como de sus propios compañeros de trabajo. Competencia por el Reconocimiento. La competencia entre los círculos es un medio de recompensar tanto a los miembros como a la organización, si se basa en los proyectos de los círculos y en la presentación de los mismos a la Dirección o Gerencia.

Cuando un proceso de los círculos ha adquirido el impulso necesario, una competencia anual entre los diferentes círculos promueve el interés de los empleados hacia la participación. Claro está que si las recompensas son visibles y sustanciales, la participación será mucho mayor. Reconocimiento por Fuera de la Organización. Otra forma de estímulo que produce resultados sorprendentes consiste en poner en contacto a los miembros, jefes y asesores de los círculos con sus contrapartes de otras organizaciones. Incentivos Económicos. Pueden ser Directos o Indirectos.

Los Sistemas de Bonificaciones, basados en el rendimiento general del empleado (incluyendo su participación en los círculos junto a otros aspectos del trabajo) y de la Organización, son un ejemplo de incentivos económicos indirectos.

El Sistema de Sugerencias para recompensar el trabajo de los círculos es un ejemplo de incentivos económicos directos. El círculo se convierte en un grupo que hace sugerencias y que es recompensado con base en la cantidad de dinero que se ahorrará la organización al poner en práctica su propuesta.

Ascensos La existencia de un sistema de círculos de calidad crea una nueva jerarquía dentro de la empresa u organización. Todo programa diseñado para poner en marcha los círculos de calidad, se debe estructurar teniendo en cuenta que algún día dichas funciones pueden llegar a constituir oportunidades de ascenso dentro del trabajo. Esto quiere decir que un miembro de un círculo de calidad debe poder percibir que puede llegar a ser jefe de su círculo o asesor de otro círculo y más tarde un instructor. Desarrollo de los detalles. Una vez escogida la estrategia inicial de la introducción del sistema, desarrollados los cursos de capacitación requeridos y preparada la organización, estamos listos para reclutar a los miembros de los círculos de calidad e impartirles la capacitación.

Cada organización deberá establecer su particular estrategia, en todo caso, dependiendo de la problemática específica que afronta. Formación de un Círculo, Selección de un Grupo: ¿Dónde se deben formar los primeros círculos? ¿Se debe escoger un área de la organización en la cual se presentan problemas o una que marcha perfectamente? ¿Deberán involucrarse en los círculos los supervisores o jefes que se desempeñan adecuadamente o que tienen problemas?. Considerando que no es fácil desarrollar los círculos de calidad, que en un principio son frágiles, es mejor comenzar en un Departamento donde los empleados produzcan un trabajo de calidad y en donde las relaciones entre ellos y sus jefes sean positivas. Es decir, se debe escoger un área que

presente las mejores probabilidades de éxito y no una en la que los círculos se vean obligados a luchar contra una tradición de conflictos y trabajo deficiente.

Más adelante, cuando los círculos hayan demostrado ser valiosos para la organización se podrán formar otros círculos en áreas con problemas.

Esta sugerencia puede parecer obvia, pero la verdad es que muchos administradores, gerentes, directores, suponen que la función de los círculos de calidad es curativa. Se empeñan en utilizarlos para superar dificultades específicas, sin tomar conciencia de que el proceso representa un cambio más fundamental dentro de la Organización, Forma de Abordar al Grupo. Una vez escogido el grupo de empleados, el siguiente paso consiste en abordarlo correctamente. Es aquí donde entra la estrategia de empezar en el nivel medio.

No hay que olvidar que el objetivo fundamental consiste en diseminar el sentido de propiedad de tal manera que tanto los jefes de nivel medio como los empleados, sientan que los círculos de calidad les pertenecen y pueden satisfacer sus necesidades. Determinación de la Estructura del Círculo Círculos para Operación Especiales:

Es posible que luego del funcionamiento de los círculos convencionales y regulares se desee efectuar algunos cambios y profundizar el trabajo, creando Círculos para Operaciones Especiales, en los que la participación se define de acuerdo con un problema específico. Se elige un problema y se seleccionan los miembros del círculo de acuerdo a su relación con el problema.

Estrategia Específica de Institucionalización de los Círculos de Calidad en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

- 1) Conformación y/o consolidación del Comité de Calidad.
- 2) Instrucción a sus Miembros para constituir a los Instructores y/o Asesores de los Círculo de Calidad.

- 1) Determinación del área laboral del 1er.Círculo (mejor desempeño)
- 2) Capacitación de Instructores ido Asesores.
- 3) Reclutamiento de Miembros de los Círculo de Calidad, voluntariamente.
- 4) Capacitación a miembros de los círculos en el Procedimiento "Ruta de la Calidad Total".
- 5) Conformación y Oficialización del Círculos de Calidad (Resolución Directorial)
- 6) Inicio de Actividades.
- 7) La Dirección General del Hospital Nacional Sergio E. Berréales deberá fomentar la participación de todo el personal con un programa de difusión y orientación general.
- 8) Es responsabilidad de la Dirección del Hospital y de todos sus Funcionarios con cargo jefatural, brindar apoyo a sus necesidades.
- 9) Efectuar el seguimiento y control permanente del desarrollo de sus actividades, para poder efectuar reajustes en sus operaciones, evaluando sus resultados y contrastándolos con los objetivos propuestos.

CONCLUSIONES

1.- La aplicación de la Filosofía y Praxis de las Relaciones Públicas, en cualquier tipo de organización, significan un aporte sumamente importante para la consolidación de la Gestión Corporativa, pero especialmente en organizaciones de Servicio; la calidad de Gestión Corporativa esta subordinada a la Calidad de Organización. La condición de "Ser" de la Organización es la variable dependiente, producto de su filosofía; sus valores, creencias, costumbres, historial, políticas y estrategias, pero sobre todo de la "calidad de personas" que la componen.

2.- Las declaraciones del público consumidor, usuario o cliente, pueden marcar un parámetro o nivel de satisfacción por los productos, servicios y otras formas de impacto.

3.- La responsabilidad social de la organización, se debe medir o evaluar a fin de determinar el cumplimiento de su misión. Si éstos niveles de responsabilidad social se cumplen, no existe la necesidad de mayores cambios o reformulación de las políticas y las estrategias, más si ocurre contrariamente es indudable que se deben tomar las medidas pertinentes para reorientar el desarrollo y consolidar la identidad corporativa.

4.- "El Plan Estratégico de Desarrollo" institucional, es un instrumento de marcador eficiente del desarrollo corporativo, ya que considera luego del diagnóstico un conjunto de programas, proyectos o actividades pendientes a afianzar el cumplimiento de los objetivos de la entidad, como por ejemplo el planteamiento de "Métodos y Técnicas de Mejoramiento de la calidad de atención al paciente – usuario del Hospital Nacional Sergio E. Bernales".

5.- El mejoramiento de la atención al público en el HNSEB, se fundamenta en dos áreas o aspectos notables: El aspecto de la consolidación de la gestión y tratamiento del público usuario – paciente a partir de un programa de capacitación del personal involucrado directamente con la atención al público (función

asistencial) y la información señalética como herramienta de orientación al público usuario – paciente. Estos dos aspectos coadyuvan con el desarrollo y fortalecimiento institucional.

6.- El método interactivo vivencial de capacitación del personal en el HNSEB constituye un procedimiento eficaz para afianzar el sentimiento de pertenencia y responsabilidad en el empleado porque apela a información generada en el propio ámbito de desempeño profesional, traslada al salón de clases la problemática o espectro problemático y le exige al participante su involucramiento en el análisis y búsqueda de solución.

7.- El desarrollo temático del método interactivo – vivencial selecciona aspectos del quehacer del servicio al usuario – paciente que tenga preponderancia en el establecimiento de una calidad de apreciación u opinión respecto de la eficiencia en la prestación del servicio de salud.

8.- La aplicación del Método Interactivo Vivencial (MIV), permite obtener un aporte muy significativo de los participantes en el proceso de capacitación respecto de su rol laboral, constituyéndose esta información en un indicador notable para el redimensionamiento corporativo del futuro inmediato.

9.- El nivel de precisiones en el replanteamiento del desarrollo institucional a partir del MIV le permite al HNSEB reformular la planificación al detalle de unidades administrativas, departamentos, secciones o áreas, aspecto que redundará en el concepto de calidad en la atención al público, focalizando las deficiencias y atacándolas desde sus orígenes y gestores.

10- La información señalética es sin duda un canal y un medio efectivo de comunicación y orientación del usuario – paciente; estratégicamente empleada permite superar los conflictos del flujo o circulación de personas dentro de las instalaciones del HNSEB de por sí laberínticas.

11- El éxito del valor señalético está íntimamente vinculado al buen manejo artigráfico e iconográfico de los carteles de información, internalizados en la cultura corporativa institucional del HNSEB.

RECOMENDACIONES

1. Nunca serán mejor administradas las funciones comunicacionales y relacionales, si éstas no se encuentran estructuradas en un órgano administrativo, constituyendo un sistema; el sistema de comunicaciones y relaciones públicas de la corporación, con una naturaleza, funciones, objetivos, limitaciones y ámbito de competencia perfectamente delimitados y un nivel jerárquico de autoridad, coordinaciones y responsabilidad suficientemente entendido y aceptado por todos los involucrados de la organización.
2. La "Calidad de la Gestión Corporativa de las organizaciones", genera una imagen en los grupos de públicos internos y externos, hecho que amerita con creces la necesidad de consolidar la eficiencia corporativa para dotarla de calidad, prestigio y óptima reputación; asimismo de confiabilidad y credibilidad.
3. La eficiencia comportamental de la organización se debe medir, evaluar, comparar y contrastar, tomando como parámetros de análisis, indicadores de eficiencia o variables de la calidad, traducidos en reacciones o actitudes y mentalidad del público afectado directa o indirectamente por el accionar institucional.

4. Entonces la eficiencia institucional, tiene un punto de partida y una razón de ser que radica en el más alto nivel estratégico, en donde se establece la política de su desarrollo.
5. Las organizaciones de cualquier tipo, pero sobre todo aquellas de servicios que como el HNSEB mantienen una singular interdependencia con el público usuario, deben desarrollar mecanismos para ser más eficientes sus procesos de atención al público.
6. Es a partir de las oficinas o departamentos de Relaciones Públicas y/o de Imagen Institucional, que se debe implementar planes y programas de mejoramiento de la calidad de atención al público usuario – paciente en el HNSEB.
7. Los métodos y técnicas de mejoramiento de la calidad de atención al público usuario – paciente, en el HNSEB, deben formar parte de los planes operativos de RRPP y estar comprendidos en los planes estratégicos de desarrollo corporativo, contando con la aprobación y el aval de la Institución.

Bibliografía

- ALONSO, Manuel. BONILLA, Carlos. Relaciones Públicas, Texto que orienta, guía, define, precisa y explica esta actividad fundamental.- EDAMEX, México, 1997.
- ANTONI, Raúl, Relaciones Públicas ¿Sí o No?: Como las vi y cómo las veo.- EDICIONES CENDECO - Universidad Metropolitana, Venezuela, 1999.
- ACADEMY FOR EDUCATIONAL DEVELOPMENT. Herramientas para desarrollar destrezas en Comunicación para la Salud.- Basics, Washington, 1995.
- BARQUERO CABRERO, José Daniel. Comunicación y Relaciones Públicas, McGraw – Hill, España, 2001.
- BERLO K. David. El Proceso de la comunicación.- Librería Editorial El Ateneo, Buenos Aires – Argentina, 1982.
- COSTA, Joan. Comunicación Corporativa.- Ediciones Ciencias Sociales, Madrid – España, 1995.
- COSTA, Joan. Señalética, Ediciones CIAC Centro Internacional de Investigación y aplicaciones de la comunicación, Barcelona – España, 1987.
- FERNANDEZ ESCALANTE, Fernando M. Ciencia de la Información y Relaciones Públicas.- Ediciones Macchi, Buenos Aires, 1991.
- FITA TRIAS, Jaume. Comunicación en programas de crisis.- Gestión 2000, España, 1999.
- FLAMENT, Claude. Redes de comunicación y estructuras de grupo – Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1977.
- FLORES BAO, Francisco. Relaciones Públicas Año 2000. Editorial Copias Gráficas. Lima – Perú, 1990.
- FRAZIER MOORE, Canfield, Bertrand. Relaciones Públicas. Principios Casos y problemas.- Edit. Continental, México D.F., 1989.
- GRUNIG, James; HUNT, Todd. Dirección de Relaciones Públicas.- Gestión 2000, España, 2000.
- HALLORAN, Jack. Relaciones Humanas.- España: Ediciones Hispano Europea S.A., 1982.

- VARIOS AUTORES. Relaciones Públicas – Herramienta Básica para la gestión empresarial.- Edit. USMP, Lima – Perú, 1995
- VARIOS AUTORES. Primer Foro Iberoamericano de Relaciones Públicas – Conferencias.- Edit. USMP, Lima – Perú, 1996
- VARIOS AUTORES. Segundo Foro Iberoamericano de Relaciones Públicas.- Edit. USMP, Lima – Perú, 1998

- HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, Plan Estratégico 1999 – 2004.- Ministerio de Salud. Lima – Perú. 1999.
- MARSTON, John. Relaciones Públicas Modernas.- Edit. Mc. Graw –Hill, México D.F., 1993.
- MATRAT, Lucien. The Strategy of Confidence.- International Public Relation Review – IPRA, Estados Unidos, 1988.
- MERCADO H. Salvador. Relaciones Públicas Aplicadas.- Thompson Learning, España, 2002.
- NOGUERO Y GRAU, Antonio. Relaciones Públicas e Industria de persuasión.- Edit. P.P.U 2da edic, Barcelona – España, 1990.
- NORERO LAURA, Aldo. Responsabilidad Social y Relaciones Públicas, Universidad de San Martín de Porres, Ciencias de la Comunicación.- Perú, 2000.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, División y Promoción de la Salud, Modelos y Teorías de la Comunicación en Salud – Reproducción de Documentos Serie N° 19, 1996
- PEREYRA PARODI, Julio César. Las Relaciones Públicas en el Mundo Actual. Editorial Municipio de Córdoba, Argentina, 1994.
- PEREZ SENAC, Román / SOLORZANO HERNANDEZ, Emilio. Relaciones Públicas Superiores. Editorial USMP, 1999.
- PORTUGAL V. José Luis. Relaciones Públicas y Ciencias Sociales. Editorial Tulio Cusman S.A., Perú, 1988.
- REILLY, William J. Relaciones Humanas Venturosas.- Editorial Herrero Hermanos Sucs. S.A. México, 1967.
- SCOTT M. Cutlip – ALLEN H., Center. Relaciones Públicas.- Ediciones Rialp S.A., Madrid – España, 1964.
- SOLANO FLETA, Luis. Fundamentos de las Relaciones Públicas.- Síntesis, Madrid, 1995.
- SOLANO FLETA, Luis. Tratado de Relaciones Públicas. Gestión 2000, Madrid 1999.
- STEPHENSON, Howard. Relaciones Públicas. Editorial PUCP, Perú, 1981.
- VAN RIEL, Cees B.M. Comunicación Corporativa – España: Prentice Hall, 1997

- VARIOS AUTORES. Relaciones Públicas – Herramienta Básica para la gestión empresarial.- Edit. USMP, Lima – Perú, 1995
- VARIOS AUTORES. Primer Foro Iberoamericano de Relaciones Públicas – Conferencias.- Edit. USMP, Lima – Perú, 1996
- VARIOS AUTORES. Segundo Foro Iberoamericano de Relaciones Públicas.- Edit. USMP, Lima – Perú, 1998

Anexo 1

Programa de Capacitación en Técnicas de Atención al Público

Finalidad del Curso:

El Curso ha sido diseñado con la finalidad de contribuir a que los participantes desarrollen e incrementen sus condiciones, habilidades y destrezas de comunicación dentro del Centro Laboral, a fin de permitirles primero, el alcance de los objetivos empresariales y/o institucionales posibilitados por un clima psico-socio-laboral óptimo con énfasis en la atención al cliente externo, teniendo en cuenta las particulares características del desempeño de sus labores en su centro de trabajo.

Objetivos

- a. Mejorar las condiciones de gestión de la organización a partir de la práctica de Relaciones Públicas integrales en las que se encuentran involucradas todas las Dependencias de la Estructura Organizacional.
- b. Mejorar las condiciones de la comunicación interna / externa en la organización, logrando que el participante optimice su eficiencia en el desarrollo de sus funciones frente al público cliente externo (usuario o consumidor).

De los Participantes

El curso está dirigido al personal de los niveles ocupacionales: Agentes de Seguridad y Orientación Hospitalaria; Técnicas de Enfermería. Enfermeras, Obstetrices, Médicos y Personal Administrativo, quienes teniendo trato con el público, se ven en la necesidad de desempeñarse bajo las más óptimas condiciones de exigencias de calidad en el servicio.

Metodología

El curso se desarrolla en (12) horas lectivas, distribuidas en tres sesiones de cuatro horas cada una.

Horarios ajustables según las necesidades de la organización de conformidad al Cronograma de Actividades del Plan Operativo Anual de Fortalecimiento de la Gestión Corporativa del H.N.S.E.B.

Grupos de 30 participantes por vez como máximo.

Se emplean predominantemente los métodos de exposición – inducción, dinámica de grupos, análisis casuística, socio dramas, juego de roles y diálogo permanente. Es decir metodología vivencial basada en la experiencia y el desarrollo Institucional / Empresarial y de laboratorio, casuística de entrenamiento en habilidades y destrezas con presentaciones prácticas simulaciones y resoluciones de problemas en equipos de trabajo.

Temario

Elementos Componentes de la atención al Usuario

- La Oferta
- Ubicación Geográfica
- Información Señalética
- Instalación Física
- Gestión
- La Demanda
- Necesidades del Usuario de los Servicios de Salud
- Visión compartida – ámbito de interacción interdependiente
- Acción proactiva con los públicos
- Red Comunicacional en Cadena por niveles ocupacionales, frente al usuario paciente.
- Niveles porcentuales de eficiencia en la interacción y coordinación
- Canales informales para la comunicación formal

Elementos de información al paciente

- En Emergencia
- En Salas de Operaciones
- En Cuidados Intensivos (post operatorios)
- En pabellones o pisos (servicios – departamentos)
- Factores de presión en el usuario – paciente

Fases de la atención al usuario paciente desde la posición del profesional de la salud – el médico

- Fase de pre atención
- Fase de atención:
 - La entrevista médica
 - La recepción
 - Identificación
 - Interrogatorio
 - Examen físico
 - Manejo de exámenes complementarios
 - Información
 - Medidas terapéuticas
 - La despedida
- Fase de post atención

Recomendaciones para mejorar la relación paciente – profesional de la salud

Refuerzo de la calidad en el servicio

Manejo de la calidad de servicios y la satisfacción de los clientes

Relaciones Públicas e Imagen Institucional para el Hospital

- El paciente como público principal
- Objetivos para mejorar la calidad de vida de la población
- Relaciones Públicas en el Hospital
- El paciente
- La salud
- Capacitación del personal para su relación con los pacientes
- Atención a familiares y amigos del paciente
- El prestigio de la Institución
- Cultura de salud en la comunidad

Evaluación

Por requerimiento específico de la organización patrocinante o contratante se aplicarán procesos de evaluación del rendimiento académico del participante, caso contrario simplemente se emitirá un reporte de asistencia y/o participación.

Del Expositor

Lic. José Luis Portugal Villavicencio

- Periodista Colegiado
- Relacionista Público
- Docente universitario con 30 años de experiencia en las universidades de San Antonio Abad del Cusco, Universidad Inca Gracilazo de la Vega, Universidad Nacional del Callao, Universidad Particular de Piura, Universidad de San Martín de Porres. (Pre – Post – grade).
- Articulista y redactor del Diario El Comercio del Cusco, Diario El sol, El Expreso.
- Jefe de Relaciones Públicas del Banco de la Nación – Región Cusco – Banco de la Nación – Oficina Principal – Instituto Superior de Estudios Bancarios – ISEB- BN;
- Consultor – Auditor Externo de Comunicaciones Organizacionales y Relaciones Públicas – Investigador Universitario.
- Expositor de técnicas de atención al cliente para el Banco Continental – oficina principal – sucursales y agencias, de enero 1987 a marzo de 1988.
- Expositor de técnicas de atención al cliente para el personal de funcionarios y empleados del Banco de los Andes, 1988.
- Expositor de técnicas de atención al público para promotores del Banco CCC del Perú – 1989.

- Expositor en el programa de Relaciones Públicas para funcionarios y empleados, y de técnicas de atención al público de la Compañía Peruana de Teléfonos 1989.
- Expositor del Instituto Peruano de Administración de Empresas – IPAE, desde 1984 en las áreas de Relaciones Públicas, Relaciones Humanas, Comunicaciones Organizacionales, técnicas de atención al cliente.
- Secretario General del Consejo Directivo Nacional de la Federación de Relacionistas del Perú – FEREP.
- Consejero alterno por el Perú ante la Confederación Interamericana de Relaciones Públicas CONFIARP desde 1990.
- Expositor del Curso de Técnicas de atención al paciente en el Hospital Naval, 1990
- Expositor del Curso de Técnicas de atención al público usuario – paciente del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 1999 –2000.

Financiamiento

El desarrollo del curso tiene un financiamiento por Recursos Propios del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

ANEXO 2

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL
"SERGIO E. BERNALES"

INFORME ACADÉMICO DE CERTAMEN DE CAPACITACIÓN

A) Denominación del Certamen:-----

B) Fecha y lugar de realización:-----

C) Duración-Extensión del Certamen (horas lectivas):-----

D) Participantes- Grupo Ocupacional:

- | | |
|------|------|
| 1.- | 16.- |
| 2.- | 17.- |
| 3.- | 18.- |
| 4.- | 19.- |
| 5.- | 20.- |
| 6.- | 21.- |
| 7.- | 22.- |
| 8.- | 23.- |
| 9.- | 24.- |
| 10.- | 25.- |
| 11.- | 26.- |
| 12.- | 27.- |
| 13.- | 28.- |
| 14.- | 29.- |
| 15.- | 30.- |

E) Objetivos del Certamen:-----

F) **Ámbito Temático abordado:**-----

G) **Contrastación de Objetivos-Alcance de Metas:**
 Temario:-----
 Desempeño de Participantes:-----
 Opinión General:-----
 Apreciación Porcentual del Alcance de Metas:-----

H) **Observaciones:**-----

I) **Anexos:**-----

Fecha de Informe:-----

Firma del Responsable:-----

ANEXO 3

HOJA RESUMEN DE EVALUACIÓN DEL CURSO DE CAPACITACIÓN EN TÉCNICAS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

A) Fecha de Realización del Curso:-----

B) Grupo Ocupacional:-----

C) Apreciaciones del Participante:

1. - La Organización del Curso le parece:

	Nº de Respuestas	Porcentaje
1.1 Mala Organización-----	-----	-----
1.2 Buena Organización-----	-----	-----
1.3 Muy Buena Organización-----	-----	-----
1.4 Lo que faltó (resumen)-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

2. - Su opinión respecto de separatas, videos, casos, etc.

	Nº de Respuestas	Porcentaje
2.1 Deficiente-----	-----	-----
2.2 Bueno-----	-----	-----
2.3 Muy Bueno-----	-----	-----

3. - Opinión del Desempeño del Expositor

	Nº de Respuestas	Porcentaje
3.1 Deficiente-----	-----	-----
3.2 Bueno-----	-----	-----
3.3 Muy Bueno-----	-----	-----

4. - Cómo califica la integración del Grupo Participante

	Nº de Respuestas	Porcentaje
4.1 Muy poca integración-----	-----	-----
4.2 Integración buena-----	-----	-----
4.3 Gran Integración-----	-----	-----

5. - Opinión de los Participantes respecto de la Contribución del Curso a la Consolidación de los Niveles de Eficiencia y Calidad en la Atención al Público Usuario del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

	Nº de Respuestas	Porcentaje
5.1 Muy poco-----	-----	-----
5.2 Sí ayudará-----	-----	-----
5.3 Es de gran ayuda-----	-----	-----

6. - Resumen del Comentario Final:-----

Fecha de Informe:-----

Firma del Responsable:-----

ANEXO 4

“Seminario De Fortalecimiento De La Gestión Corporativa y Consolidación De La Imagen Institucional”

DESCRIPCION.

El Seminario de Fortalecimiento de la Gestión Corporativa y consolidación de la Imagen Institucional; es el espacio creado por la propia organización para efectuar un análisis de las características de su comportamiento con relación a los distintos grupos de públicos externos e internos que se involucran a su desarrollo.

Es asimismo, el espacio para efectuar un Diagnóstico Situacional que permita el Diseño de un Plan de Desarrollo Sostenible asumido por todos los integrantes del Público Interno con la finalidad de repotenciar la gestión corporativa y de este modo consolidar la Imagen Institucional en la Opinión Pública dentro de parámetros de calidad y eficiencia en la atención de la problemática específica de la organización.

OBJETIVOS.

1. Afianzamiento de la Identidad Corporativa y Consolidación de la “Cultura Institucional” incorporando los componentes filosóficos, valores, políticas y estrategias.
2. Mejorar las condiciones de la Gestión de la Organización a partir de la aplicación de Programas de Relaciones Públicas Integrales involucrando a todas las Dependencias de la Estructura Organizacional.
3. Mejorar las condiciones de la Comunicación Interna / Externa, logrando que el participante optimice su eficiencia en el desarrollo de sus funciones frente al público externo, cliente-usuario.

PARTICIPANTES.

El seminario está dirigido al personal de Directivos, Funcionarios, Jefes y Empleados en general de la organización.

METODOLOGIA.

El Seminario se desarrollará en 15 horas lectivas distribuidas en 5 sesiones de tres horas intensivas, durante 2 días, de preferencia empezando el día viernes a horas 9:00 y terminando el día sábado por la noche con una sesión plenaria.

Se emplearán predominantemente los métodos de exposición-inducción, dinámica de grupos, análisis casuístico, socio dramas, juegos de roles y diálogo permanente. Metodología vivencial basada en la experiencia y el desarrollo institucional; su problemática diaria afrontada por los participantes.

Se emplearán equipamiento: Retroproyector de láminas transparencias, equipo de Data Show, VHS y Televisor.

TEMARIO:

- Enfoque para el análisis del Panorama Problemático Institucional.
- La Visión Organizacional.
- La Misión Organizacional.
- Cultura Organizacional.
- Identidad Corporativa
- Imagen Corporativa.
- El Enfoque Contingencial.
- Clima Organizacional.
- El Conflicto en la Organización.
- El Factor Humano en la Organización.
- Las Redes Comunicacionales.
- Las Fases de Atención al Público.

EVALUACION.

Por requerimiento específico de la organización patrocinante o contratante se aplicarán procesos de evaluación del rendimiento académico del participante caso contrario simplemente se emitirá un reporte de asistencia y/o participación.

DEL EXPOSITOR.

El Seminario estará a cargo del Mg. José Luis Portugal V. Periodista Colegiado, Relacionista Público, Magíster en Investigación Científica y Docencia Universitaria.

Docente Universitario con 30 años de experiencia en el nivel Pre-Grado y Post-grado.

Periodista y articulista especializado.

Jefe de Relaciones Públicas de diversas empresas e instituciones del país.

Asesor Consultor de Relaciones Públicas, Imagen Corporativa e Institucional.

Investigador Académico.

Experto en técnicas de atención al público.

Secretario General del Consejo Directivo Nacional de la Federación de Relacionistas del Perú – FEREP

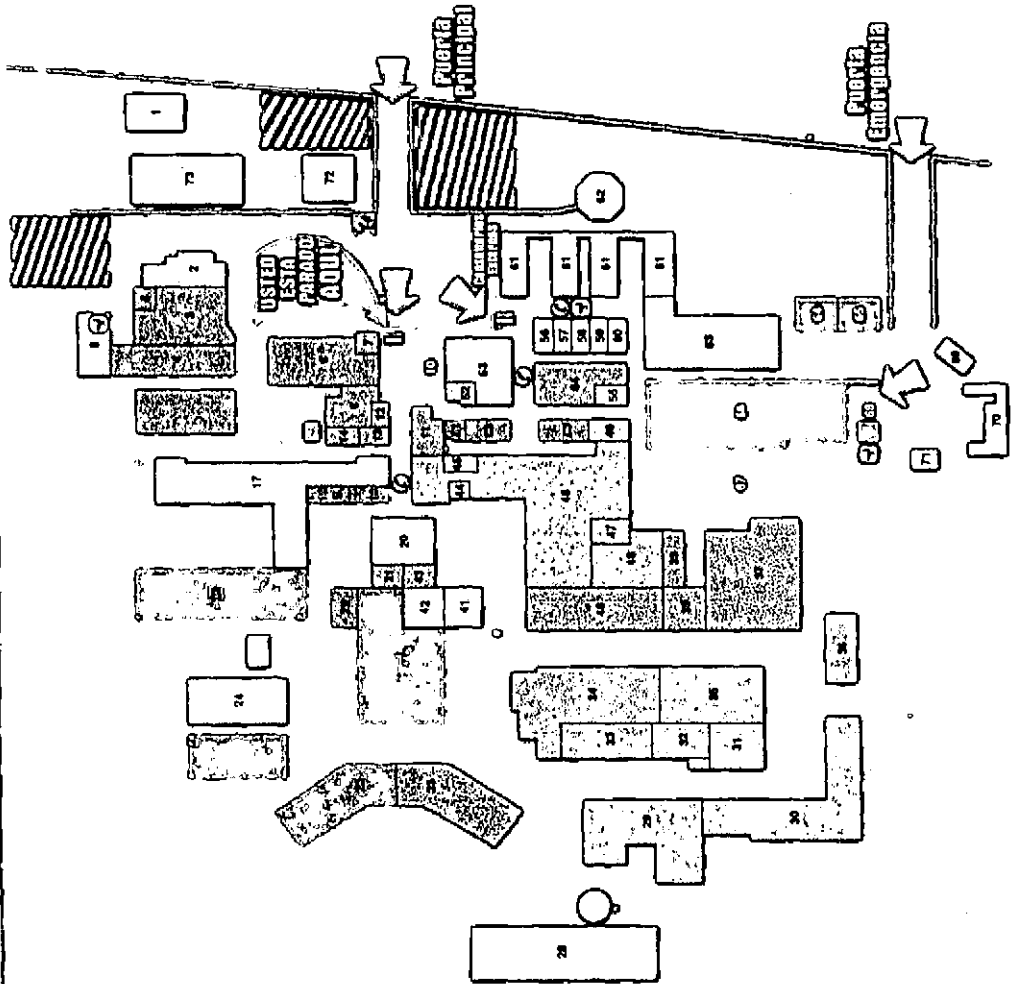
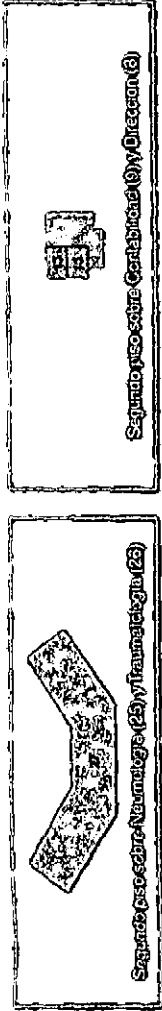
Consejero alterno por el Perú ante la Confederación Interamericana de Relaciones Públicas – CONFIARP.

Autor de diversas publicaciones en el área de las Relaciones Públicas.

FINANCIAMIENTO.

El desarrollo del Seminario tiene un costo de inversión de US\$. 1,500.00 dólares americanos pagado íntegramente, previo al inicio de las actividades.

PROYECTO DE SEÑALETICA INTEGRAL
Hospital Nacional Sergio E. Bernales



50	Admisión/Clay
51	Almacén
52	Administración
53	Administración Centro Quirúrgico y Catastrófico
54	Aux. de Limpieza
55	Aux. de Limpieza Documentario
56	Banco AT/Embarc
57	Calentador
58	Café
59	Cafetería
60	Caja
61	Caja de Evaluación
62	Central de Radiología
63	Centro de Atención de Información Científica
64	Centro de Diagnóstico por Imágenes
65	Centro de Estudios
66	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
67	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
68	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
69	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
70	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
71	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
72	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
73	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
74	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
75	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
76	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
77	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
78	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
79	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
80	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
81	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
82	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
83	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
84	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
85	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
86	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
87	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
88	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
89	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
90	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
91	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
92	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
93	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
94	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
95	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
96	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
97	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
98	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
99	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)
100	Centro de Estudios de Infraluz (Infravermel)

Plano de Ubicación

HOSPITAL
Hospital Nacional

1 Entradas

2 Sala de Emergencias

3 Servicios (Ambulancias)

4 Sala de Operaciones

5 Informes

6 Laboratorio



Letreros con parte Iconográfica

Oftalmología



Dpto. Enfermería



Unidad de Saneamiento
Ambiental (SAMA)



Emergencia



Pediatría



Rayos X
Ecografías
Diagnostico por Imágenes



Gineco-Obstetricia



Rayos X
Ecografías
Diagnostico por Imágenes



Ginecología



Laboratorio



Anestesiología - Centro
Quirúrgico y Gasoterapia



Farmacia



Cirugía



Neumología



Laboratorio



Traumatología



Nutrición y Dietética



Psicología



Medicina

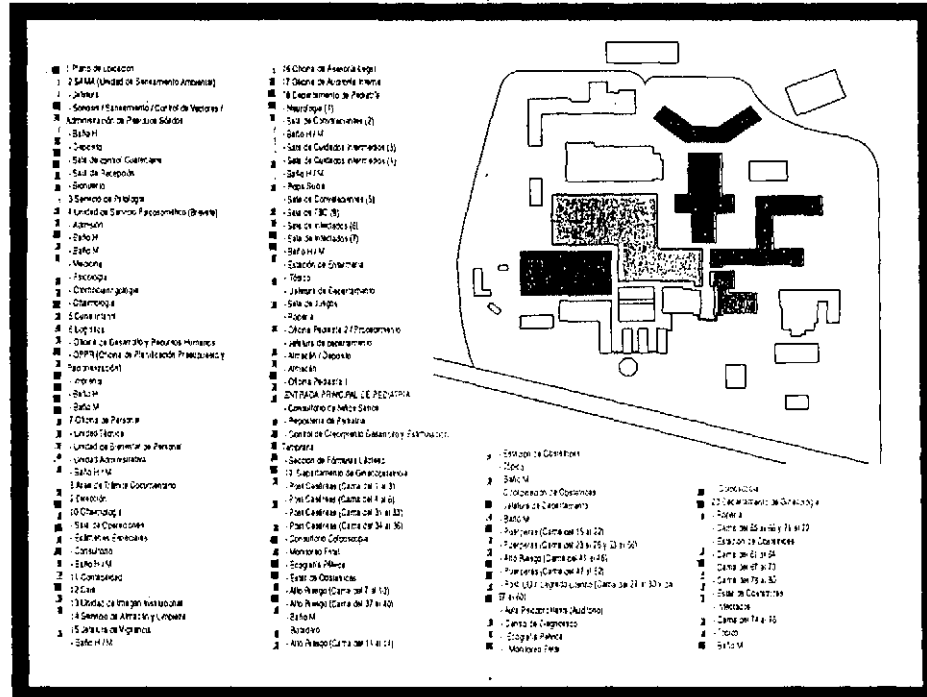


Odonto-Estomatología



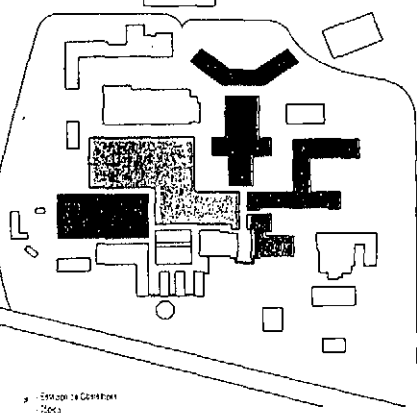
1.20 m.

90 cm.



- 1. Piso de Locación
- 2. SAMA (Unidad de Serenamiento Ambiental)
- 3. Sala de Reuniones
- 4. Sistema de Serenamiento / Control de Vectores
- 5. Administración de Planificación de Salud
- 6. Sala de Reuniones
- 7. Sala de Reuniones
- 8. Sala de Reuniones
- 9. Sala de Reuniones
- 10. Sala de Reuniones
- 11. Sala de Reuniones
- 12. Sala de Reuniones
- 13. Sala de Reuniones
- 14. Sala de Reuniones
- 15. Sala de Reuniones
- 16. Sala de Reuniones
- 17. Sala de Reuniones
- 18. Sala de Reuniones
- 19. Sala de Reuniones
- 20. Sala de Reuniones
- 21. Sala de Reuniones
- 22. Sala de Reuniones
- 23. Sala de Reuniones
- 24. Sala de Reuniones
- 25. Sala de Reuniones
- 26. Sala de Reuniones
- 27. Sala de Reuniones
- 28. Sala de Reuniones
- 29. Sala de Reuniones
- 30. Sala de Reuniones
- 31. Sala de Reuniones
- 32. Sala de Reuniones
- 33. Sala de Reuniones
- 34. Sala de Reuniones
- 35. Sala de Reuniones
- 36. Sala de Reuniones
- 37. Sala de Reuniones
- 38. Sala de Reuniones
- 39. Sala de Reuniones
- 40. Sala de Reuniones
- 41. Sala de Reuniones
- 42. Sala de Reuniones
- 43. Sala de Reuniones
- 44. Sala de Reuniones
- 45. Sala de Reuniones
- 46. Sala de Reuniones
- 47. Sala de Reuniones
- 48. Sala de Reuniones
- 49. Sala de Reuniones
- 50. Sala de Reuniones

- 1. Oficina de Asesoría Legal
- 2. Oficina de Asesoría Técnica
- 3. Departamento de Producción
- 4. Neofísica (1)
- 5. Sala de Conferencias (2)
- 6. Sala de Conferencias
- 7. Sala de Conferencias
- 8. Sala de Conferencias
- 9. Sala de Conferencias
- 10. Sala de Conferencias
- 11. Sala de Conferencias
- 12. Sala de Conferencias
- 13. Sala de Conferencias
- 14. Sala de Conferencias
- 15. Sala de Conferencias
- 16. Sala de Conferencias
- 17. Sala de Conferencias
- 18. Sala de Conferencias
- 19. Sala de Conferencias
- 20. Sala de Conferencias
- 21. Sala de Conferencias
- 22. Sala de Conferencias
- 23. Sala de Conferencias
- 24. Sala de Conferencias
- 25. Sala de Conferencias
- 26. Sala de Conferencias
- 27. Sala de Conferencias
- 28. Sala de Conferencias
- 29. Sala de Conferencias
- 30. Sala de Conferencias
- 31. Sala de Conferencias
- 32. Sala de Conferencias
- 33. Sala de Conferencias
- 34. Sala de Conferencias
- 35. Sala de Conferencias
- 36. Sala de Conferencias
- 37. Sala de Conferencias
- 38. Sala de Conferencias
- 39. Sala de Conferencias
- 40. Sala de Conferencias
- 41. Sala de Conferencias
- 42. Sala de Conferencias
- 43. Sala de Conferencias
- 44. Sala de Conferencias
- 45. Sala de Conferencias
- 46. Sala de Conferencias
- 47. Sala de Conferencias
- 48. Sala de Conferencias
- 49. Sala de Conferencias
- 50. Sala de Conferencias



- 1. Sala de Conferencias
- 2. Sala de Conferencias
- 3. Sala de Conferencias
- 4. Sala de Conferencias
- 5. Sala de Conferencias
- 6. Sala de Conferencias
- 7. Sala de Conferencias
- 8. Sala de Conferencias
- 9. Sala de Conferencias
- 10. Sala de Conferencias
- 11. Sala de Conferencias
- 12. Sala de Conferencias
- 13. Sala de Conferencias
- 14. Sala de Conferencias
- 15. Sala de Conferencias
- 16. Sala de Conferencias
- 17. Sala de Conferencias
- 18. Sala de Conferencias
- 19. Sala de Conferencias
- 20. Sala de Conferencias
- 21. Sala de Conferencias
- 22. Sala de Conferencias
- 23. Sala de Conferencias
- 24. Sala de Conferencias
- 25. Sala de Conferencias
- 26. Sala de Conferencias
- 27. Sala de Conferencias
- 28. Sala de Conferencias
- 29. Sala de Conferencias
- 30. Sala de Conferencias
- 31. Sala de Conferencias
- 32. Sala de Conferencias
- 33. Sala de Conferencias
- 34. Sala de Conferencias
- 35. Sala de Conferencias
- 36. Sala de Conferencias
- 37. Sala de Conferencias
- 38. Sala de Conferencias
- 39. Sala de Conferencias
- 40. Sala de Conferencias
- 41. Sala de Conferencias
- 42. Sala de Conferencias
- 43. Sala de Conferencias
- 44. Sala de Conferencias
- 45. Sala de Conferencias
- 46. Sala de Conferencias
- 47. Sala de Conferencias
- 48. Sala de Conferencias
- 49. Sala de Conferencias
- 50. Sala de Conferencias

B

40 cm.

Cardiología
Dermatología
Endocrinología
Gastroenterología
Infectología
Medicina
Neurología
Psiquiatría

cm.

C

90 cm.

Medicina

D

90 cm.

Estación de Enfermería

E

35 cm.
45 cm.

Sala de Reuniones
Servicio Urología

Vestuario Internas
Ginecobstetricia

Servicio Social

Unidad de Cuidados Intermedios
 (Camas del 45 al 50)

20 cm.

Baño

20 cm.

Baño

F

1	Caseta de Informes		
2	SAMA (Unidad de Saneamiento Ambiental) C / P		
	• Jefatura	E / L Izq.	
	• Sonosis / Saneamiento / Control de Vectores		
	Administración de Residuos Sólidos	E / L Izq.	
	• Baño H	F / P	
	• Deposito	E / L Der.	
	• Sala de control Cuarentena	E / L Der.	
	• Sala de Recepción	E / L Der.	
	• Biohuerto	E / P	
3	Servicio de Patología	E / P	
4	Unidad de Servicio Psicosomático (Brevete)	E / L	
	• Admisión	E / P	
	• Baño H	F / P	
	• Baño M	F / P	
	• Medicina	E / L	
	• Psicología	E / L	
	• Otorrinolaringología	E / L	
	• Oftalmología	E / P	
5	Cuna Infantil	E / L	
6	B / P		
	• Logística	E / L	
	• Oficina de Desarrollo y Recursos Humanos	E / P	
	• OPPR (Oficina de Planificación Presupuesto y Racionalización)	E / P	E / P
	• Imprenta	E / P	
	• Baño H	F / P	
	• Baño M	F / P	
7	Oficina de Personal	B / P	
	• Unidad Técnica		
	• Unidad de Bienestar de Personal		
	• Unidad Administrativa		
	• Baño H / M	F / P	
8	Area de Trámite Documentario	E / P	
9	Dirección	E / P	
	• Mesa de Partes	E / L Der.	
	• Secretaría	E / L Der.	
	• Sala de Reuniones	E / L Der.	
	• Dirección General	E / L Izq.	
	• Sub Dirección	E / L Izq.	
	• Comedor	E / L Izq.	
10	Oftalmología	C / P	
	• Sala de Operaciones	E / P	
	• Exámenes Especiales	E / P	
	• Consultorio	E / P	
	• Baño H / M	F / P	
11	Contabilidad	E / P	
12	Caja	2 E / L	
13	Unidad de Imagen Institucional	2 E / P	
14	Servicio de Almacén y Limpieza	E / P	
15	Jefatura de Vigilancia	E / L	
	- Baño H / M		
16	Oficina de Asesoría Legal	E / L	
17	Oficina de Auditoría Interna	E / L	
18	Pediatría	C / P	E / L
	• Visitas Pediatría	3 E / L	
	• Neurología (1)	E / L	
	• Sala de Convalecientes (2)	275 E / L	

•	Baño H / M	F / P	
•	Sala de Cuidados Intermedios (3)	E / L	
•	Sala de Cuidados Intermedios (4)	E / L	
•	Baño H / M	F / P	
•	Ropa Sucia	E / P	
•	Sala de Convalecientes (5)	E / L	
•	Sala de TBC (8)	E / L	
•	Sala de Infectados (6)	E / L	
•	Sala de Infectados (7)	E / L	
•	Baño H / M	F / P	
•	Estación de Enfermería	D / A	
•	Tópico	E / P	
•	Ropería	E / P	
•	Pediatría 2 / Procedimiento	E / L	
•	Jefatura	E / L	
•	Almacén / Deposito	E / P	
•	Almacén	E / P	
•	Pediatría 1	E / L	
	ENTRADA PRINCIPAL DE PEDIATRIA		
•	Consultorio de Niños Sanos	E / L	
•	Repostería de Pediatría	E / L	
•	Control de Crecimiento Desarrollo y Estimulación Temprana		E / L
•	Sección de Fórmulas Lácteas	E / L	
19	Gineco Obstetricia	2 C / P	
•	Post Cesáreas (Cama del 1 al 3)	E / L	
•	Post Cesáreas (Cama del 4 al 6)	E / L	
•	Post Cesáreas (Cama del 31 al 33)	E / L	
•	Post Cesáreas (Cama del 34 al 36)	E / L	
•	Consultorio Colposcopia	E / L	
•	Monitoreo Fetal	E / L	
•	Ecografía Pélvica	E / L	
•	Estar de Obstetricas	E / P	
•	Alto Riesgo (Cama del 7 al 10)	E / L	
•	Alto Riesgo (Cama del 37 al 40)	E / L	
•	Baño M	F / P	
•	Botadero	E / P	
•	Alto Riesgo (Cama del 11 al 14)	E / L	
•	Estación de Obstetricas	D / A	
•	Tópico	E / P	
•	Coordinación de Obstetricas	E / L	
•	Jefatura	E / L	
•	Baño M	F / P	
•	Puerperas (Cama del 15 al 22)	E / L	
•	Puerperas (Cama del 23 al 26 y 53 al 56)	E / L	
•	Alto Riesgo (Cama del 41 al 46)	E / L	
•	Puerperas (Cama del 47 al 52)	E / L	
•	Post Legrado Uterino (Cama del 27 al 30 y del 57 al 60)	E / L	
•	Aula Psicoprofilaxis (Auditorio)	E / L	
20	Ginecología	C / P	
•	Ropería	E / L	
•	Cama del 65 al 66 y 71 al 72	E / L	
•	Estación de Obstetricas	D / A	
•	Cama del 61 al 64	E / P	
•	Cama del 67 al 70	E / P	
•	Cama del 78 al 80	E / L	
•	Estar de Obstetricas	E / P	
•	Infectados	E / L	
•	Cama del 74 al 77	E / L	

	•	Baño M	F / P	
	•	Unidad Quirúrgica	C / A	
		- Sala de Legrados	E / L	
		- Sala Quirúrgica	E / L	
	•	Centro Obstétrico	E / P	
		- Atención Inmediata RN	E / P	
	•	Estar de Enfermería	E / P	
	•	Sala de Partos	E / P	
	•	Sala de Dilatación	E / P	
		- Baño M	F / P	
		- Estación de Obstetricas	D / A	
	•	Emergencia Gineco Obstetricia	C / P	
		- Sala de Reposo de Gestantes	E / P	
		- Sala de Observación	E / P	
	•	Baño H	F / P	
	•	Baño M	F / P	
	•	Pelmatoscopia	E / P	
21		Neonatología 1		
22		Neonatología 2	D / A	(UN CARTEL PARA LOS DOS)
	•	Limpieza	E / P	
	•	Ropa Sucia	E / P	
	•	Administración	E / P	
		- Jefatura	E / P	
		- Auditorio	E / P	
		- Vestuario Médico	E / P	
		- Vestuario de Enfermería	E / P	
		- Jefatura de Enfermería	E / P	
		- Baño M	F / P	
	•	Estación de Enfermería	D / A	
	•	Ropería	E / P	
	•	Hospitalización	E / P	
	•	Lactario	E / P	
	•	Infectados	E / P	
	•	Tópico	E / P	
		- Intermedio 2	E / P	
	•	UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)	E / P	
23		Anestesiología, Centro Quirúrgico y Gasoterapia	C / P	
	•	Secretaría	E / L	
	•	Jefatura	E / P	
	•	Vestuario Médicos	E / P	
	•	Rayos X	E / P	
24		Sala de Operaciones	E / P	
25		Cirugía	C / P	
	•	Neurocirugía, Cirugía plástica, Urología, Cirugía Tórax, Cirugía Cardiovascular, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Oncológica Cirugía Pediátrica	B / P	
	•	Sala de Cirugía Menor	E / L	
	•	Sala 1 (Camas del 1 al 9)	E / L	
	•	Auditorio	E / P	
	•	Sala 2 (Camas del 10 al 18)	E / L	
	•	Sala 3 (Camas del 19 al 27)	E / L	
	•	Sala 4 (Camas del 28 al 36)	E / L	
	•	Sala 5 (Camas del 37 al 44)	E / L	
	•	Cuidados Intermedios	E / L	
	•	Sala 6 (Camas del 45 al 52)	E / L	
	•	Jefatura	E / P	
	•	Sala 7 (Camas del 53 al 57) 277	E / L	

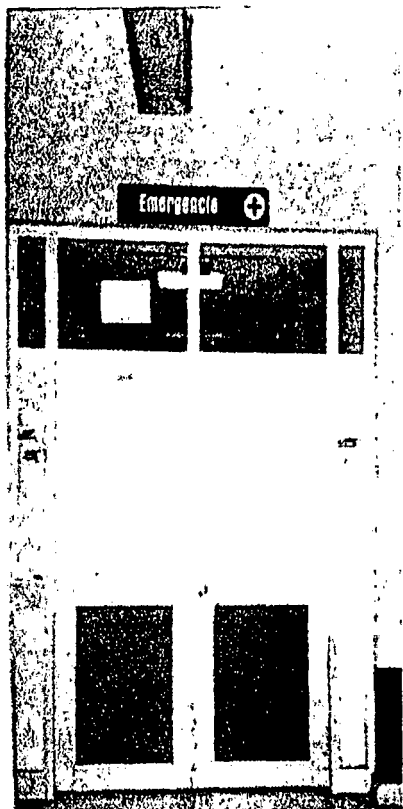
	•	Sala 8 (Camas del 58 al 59)	E / L
	•	Deposito	E / P
	•	Baño M	F / P
	•	Vestuario	E / P
	•	Sala 9 (Camas del 60 al 62)	E / L
	•	Estación de Enfermería	D / A
	•	Sala 10 (Camas del 63 al 66)	E / L
	•	Baño H	F / P
	•	Ropería	E / P
	•	Sala 11 (Camas del 66 al 70)	E / L
	•	Nutrición	E / P
26	Laboratorio		C / P
	•	Banco de Sangre	E / L
	•	Inmunoserología	E / L
	•	Basiloscopia y Cultivo BK2 / Bacterología de TBC	E / L
	•	Microbiología	E / L
	•	Esterilización	E / L
	•	Hematología / Bioquímica	E / L
	•	Urianálisis / Parasitología	E / L
27	Lavandería		E / L
28	Mortuorio		E / P
29	Repostería		E / P
30	Capilla		E / P
31	Sistoscopia		E / L
32	A	Nutrición y Dietética	C / P
	•	Jefatura	E / L
32	B	Programa de alimentación y nutrición	E / L
33	Medicina Física y Rehabilitación		E / P
34	Medicina		C / P
	•	Repostería	E / P
	•	Jefatura	E / P
	•	Sala 1 (Camas del 1 al 4)	E / L
	•	Sala 2 (Camas del 5 al 8)	E / L
	•	Baño M	F / P
	•	Botadero	E / P
	•	Sala 3 (Camas del 17 al 20)	E / L
	•	Sala 4 (Camas del 9 al 16)	E / L
	•	Cuidados Intermedios	E / L
	•	Estación de Enfermería	D / A
	•	Vestuario Médicos	E / P
	•	Tópico	E / L
	•	Sala 5 (Camas del 21 al 28)	E / L
	•	Baño H	F / P
	•	Ropería	E / P
	•	Sala 6 (Camas del 29 al 36)	E / L
	•	Sala 7 (Camas del 37 al 40)	E / L
	•	Infectología	E / P
	•	Auditorio	E / P
35	Neumología		D / P
	•	Repostería	E / P
	•	Jefatura	E / P
		- Sala de Reuniones	E / P
	•	Baño M	F / P
	•	Baño H	F / P
	•	Estación de Enfermería	D / P
	•	Sala 1 (Camas del 1 al 5)	E / L
	•	Tópico	E / L
		- Almacén	E / P

	• Sala 3 (Camas del 9 al 11)	E / L	
	• Sala 4 (Camas del 12 al 14)		E / L
	• Sala 5 (Camas del 15 al 17)		E / L
36	Residencia Médica	E / P	
37	Traumatología	D / P	
38	Servicios Generales	E / P	
	• Servicio Social	E / P	
	• Archivo Personal	E / P	
	• Consultoría de Psicología	E / P *	
	• Educación para la Salud	E / P	
	• Areas Técnicas	E / P	
	• Jefatura	E / P	
	• Vestuario Internas Ginecobotetricia	E / P	
	• Baño H / M	F / P	
	• Vestuario técnicas de Enfermería	E / P	
	• Baño M	F / P	
	• Baño H	F / P	
	• Vestuario Nutrición	E / P	
	• Vestuario Vigilancia	E / P	
	• Vestuario Vigilancia y Limpieza	E / P	
	• Vestuario Médicos Residentes	E / P	
	• Depósito	E / P	
	• Vestuario Médicos Residentes	E / P	
	• Vestuario Médicos Asistentes	E / P	
39	Centro de Diagnostico por Imágenes	E / P	
	- Ecografía Pélvica	E / L Izq.	
	- Monitoreo Fetal	E / L Izq.	
	- Colposcopia	E / L Izq.	
40	Consultorio de Climaterio e Infertilidad Matrimonial	E / L	
41	Sala de reuniones Urología	E / P	
42	Seguro Escolar Gratuito	E / P	
43	Servicio Social	E / P	
44	Almacén	E / P	
45	Cooperativa de Ahorro y Crédito Trabajadores de Salud		E / P
46	Transportes	E / P	
47	Mantenimiento	E / P	
48	Psicología	C / P	
	• Jefatura	E / P	
	• Rehabilitación y tratamiento psicológico (Niños)		E / P
	• Psicología Comunitaria	E / P	
	• Rehabilitación y tratamiento Psicológico (Adultos)		E / P
	• Evaluación y Diagnóstico	E / L	
	• Baño H / M	F / P	
	• Depósito	E / P	
	• Auditorio	E / P	
49	Planificación Familiar y Materno Perinatal	E / L	
50	Departamento de Enfermería	C / P	
	• Jefatura	E / L	
	• Vestidor	E / P	
51	Pharmalab	E / L	
52	Farmacia	C / A	
	• Seguro Escolar, Asegurados, Cta. Cte. Pacientes Crédito Trabajador, Programas IRA, SIDA, Cólera, TBC.		B / P
	• Ventas Farmacia		E / L
53	Odonto Estomatología		C / A
	• Odontología Preventiva Comunitaria		E / P
	• Odontopediatría		E / P
	• Rayos X		E / P

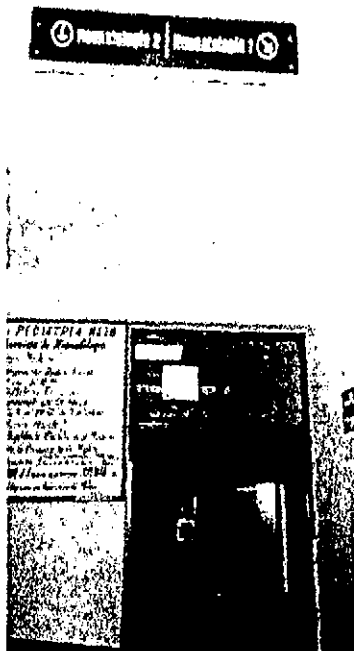
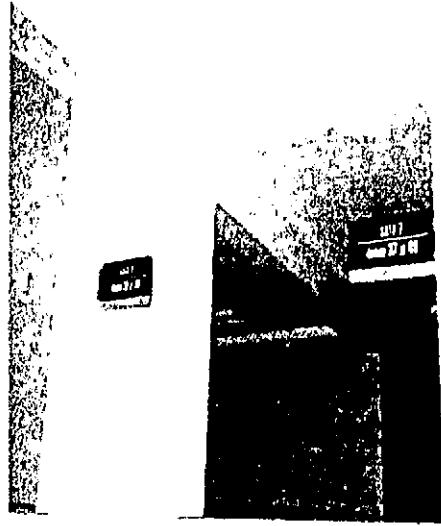
	•	Cirugía Bucal	E / P	
54		Cuerpo Médico	E / L	
55		Emergencia	2 C / A	
	•	Farmacia Emergencia	E / P	
	•	Admisión / Caja	E / P	
	•	Consultorio Medicina	E / L	
	•	Consultorio Pediatría	E / L	
	•	Consultorio Cirugía	E / L	
	•	Laboratorio	E / L	
	•	Jefatura Enfermería	E / P	
	•	Jefatura Departamento	E / P	
	•	Consultorio de Medicina	E / L	
	•	Tópico Medicina	E / L	
	•	Consultorio Pediatría	E / L	
	•	Tópico Pediatría	E / L	
	•	Consultorio Cirugía	E / L	
	•	Tópico Cirugía	E / L	
	•	Laboratorio	E / L	
	•	Depósito	E / P	
	•	Shocktrauma	E / L	
	•	Estación de Shocktrauma	D / A	
	•	Traumatología	E / L	
	•	Rayos X	E / P	
	•	UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)	E / L	2 E / P
	-	Area Sucia / Limpia	E / P	
	-	Baño H / M	F / P	
	•	Sala de Observación Pediátrica	E / L	
	•	Estación de Enfermería	D / A	
	•	Jefe de Guardia	E / P	
	•	Botadero	E / P	
	•	Observación Varones (Camas del 1 al 7)	E / L	
	•	Observación Mujeres (Camas del 8 al 11)	E / L	
	•	Depósito	E / P	
	•	Observación Mujeres (Camas del 12 al 15)	E / L	
	•	Estar Médico	E / P	
	•	Baño M / H	F / P	
56		Endoscopia	E / P	
57		Unidad de Rehidratación	E / P	
58		Epidemiología	E / P	
59		Programas TBC, PCT, Malaria, ETS		B / P
	•	Enfermería	E / P	
	•	Psicología, Servicio Social y Nutrición	E / P	
	•	Consejería	E / P	
	•	Coordinación General	E / P	
	•	Area de Tratamiento	E / P	
	•	Area Médica	E / P	
	•	Sala de Reuniones (Auditorio)	E / P	
60		Rayos X - Ecografías Diagnostico por Imágenes	C / P	<=
	•	Sala 1 Rayos X	E / L	
	•	Sala 2A / Sala 2B Rayos X		E / L
	-	Sala 2B Rayos X	E / P	
	•	Sala 3 Rayos X	E / L	
	•	Jefatura	E / P	
	•	Vestidores Personal Médico	E / P	
	•	Sala de Lectura de Placas Rayos X	E / L	
	•	Sala 4 Rayos X	E / L	
	•	Sala de Ecografia	E / L	
	•	Baño H / M	F / P	

•	Rayos X - Ecografía / Admisión	E / P
•	Rayos X - Ecografía / Archivo	E / P
	Oficina de Estadística e Informática	E / P
•	Registros Médicos e Informática	E / P
•	Archivo de Historia Clínica	E / L
•	Jefatura	E / L
•	Central Telefónica	E / L
•	Baño H / M	F / P
•	Informes Médicos	E / P
	Caja / Pacientes Referidos 5 Y 6	D / A
•	Admisión 1, 2, 3, 4,	D / A
	Central Telefónica	E / L
	Baño M	E / L
•	Baño H	E / L
	Vacunación	E / L
	Laboratorio	C / P
•	Facturación	E / P
•	Toma de Muestras	E / P
	Consultorios Externos	
•	Oncología	E / L
•	Urología / Cirugía Pediátrica	E / L
•	Cirugía	E / L
•	Tópico	E / L
•	Traumatología	E / L
•	Vestidor	E / P
•	Pediatría 1 / Pediatría 2	E / L
•	Neurología	E / L
•	Enfermería	E / P
	- Seguro Escolar	E / P
•	Ginecología 1 / Pre Natal	E / L
•	Alto Riesgo	E / L
•	Ginecología 2	E / L
•	Planificación Familiar	E / L
•	Gastroenterología	E / L
•	Neumología	E / L
•	Endocrinología / Permatología	E / L
•	Medicina / Cardiología	E / L
8	Especialidades Quirúrgicas	D / P
•	Otorrinolaringología	3 E / L
•	Clinica Dental	E / L
•	Cirugía Plástica	E / L
•	Cirugía y Tórax	E / L
•	Neurocirugía	E / L
•	Cabeza y Cuello	E / L
•	Baño H	F / P
•	Baño M	F / P
69	Central de Esterilización	E / L
70	Cafetería 1	
71	Cafetería 2	
72	Parque Infantil	

Tomas Fotográficas de Ambientes Señalizados del Hospital



Tomas Fotográficas de Ambientes Señalizados del Hospital



**CUADRO DE PERSONAL
BASE DE DATOS PARA LA DETERMINACIÓN
DEL UNIVERSO MUESTRAL
Hospital Nacional Sergio E. Bernales**

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
RESUMEN DE CARGOS REMUNERATIVOS Y FUNCIONALES AL 14/11/89

FUNCION	ORGANOS	TOT GEN	MODALIDADES						RES
			NOMBRADOS SES				TP	SNP	
			TOT.N	ACTIV	BQ	DA			
	ANESTESIOLOGIA	13	10	10					
PROF.MED	MEDICOS	10	7	7				1	1
TEC.ADM.	TEC.ADMI	1	1	1					
SEC	TEC.ENF.II	2	2	2					
	ASESORIA JURIDICA	2	2	2					
DIRECTIVO	DIRECTOR I	1	1	1					
PROF.ADM	AS.ADMI	1	1	1					
	ATENC.AMBULAT	6	2	2					
PROF.MED	MEDICO	2							2
PROF.AS	PSICOLOGO	1							1
TEC.ADM.	TEC.EST.I	2	1	1					1
SEC	TEC.ADMI.II	1	1	1					
	CIRUGIA	61	45	42					
PROF.MED	MEDICO	51	38	34		2	5	7	2+1R
PROF.AS	TEC.MED.	3	2	1	1		1		
TEC.ADM.	TEC.ADMI	2	2	2					
SEC	SEC.I	1	1	1					
PROF.TEC	TEC.ESP.FIS.I	1	1	1					
TEC.AS	TEC.ENF.I	1	1	1					
TEC.ADM.	TRAB.SERV	1	1	1					
TEC.AS	AUX.ENF.I	1	1	1					
	AUDITORIA INTERNA	2	2	3					
PROF.ADM	CONTADOR II	1	1	1					
TEC.ADM.	TEC.ADMI.II	1	1	1					
	CUERPO MEDICO	1	1	1					
TEC.ADM.	TEC.ADMI	1	1	1					
	DES.REC.HUMANOS	5	5	5					
SEC	SEC.I	2	2	2					
TEC.ADM.	TEC.ADMI	1	1	1					
TEC.ADM.	TEC.ACAP.DIGF.II	1	1	1					
TEC.ADM.	AUX.SERV.SOC.I	1	1	1					
	DIAGN.POR IMAGENES	24	21	21					
PROF.AS	AS.B.SAI	2	2	2					
TEC.AS	AUX.ENF.I	1	1	1					
SEC	AUX.SERV.SOC.I	1	1	1					
PROF.MED	MEDICO	4	4	4					
TEC.AS	OP.EQ.MED.	2	2	2					
TEC.AS	SUP.C.SERV.I	1	1	1					
TEC.AS	TEC.ADMI	3	3	3					
TEC.ADM	TEC.ESTAD.I	1	1	1					
TEC.AS	TEC.IMP.I	1	1	1					
TEC.AS	TEC.LAB.I	1	1	1					
TEC.AS	TEC.RADIOLOG	3						3	
TEC.AS	TEC.MED.	3	3	3					
TEC.AS	TRAB.SERV	1	1	1					

FUNCION	ORGANOS	TOT GEN	MODALIDADES						RES	
			NOMBRADOS SSB				TP	SNP		D.D
			TOT.R	ACTIV	RG	DA				
	DIRECCION	24	15	13						
PROF.ADM	ANALIST.PROG	1						1		
TEC.ADM.	ATESANO I	1	1			1				
PROF.ADM	AS.LEGAL II	1						1		
PROF.ADM	AS.LEGAL I	1						1		
TEC.ADM.	AUX.SIST.ADM I	1	1	1						
DIRECTIVO	JEF.DIV I	1	1	1						
DIRECTIVO	MEDICO	8	8	2	1					
TEC.ADM.	OFICI	1	1	1						
TEC.ADM.	OP.EO.ELEC I	3	3	3						
TEC.ADM.	OP.EO.ELEC II	1	1	1						
TEC.ADM.	OP.RADIO	1	1	1						
PROF.ADM	PERIODISTA	1						1		
SEC	SEC I	1	1	1						
TEC.ADM	TEC.ADM I	1						1		
SEC	TEC.ADM II	2	2	2						
TEC.ADM	TRAB.SERV.	4						4		
	ECONOMIA	26	21	19						
PROF.ADM	ASIS.ADM I	2	2	2						
TEC.ADM	AUX.PART I	1	1	1						
TEC.ADM	AUX.SIST.ADM I	1	1	1						
DIRECTIVO	JEFE DIV I	1	1	1						
TEC.ADM	OP.MAQ.IND II	1	1	1						
TEC.ADM	SUP.O.SERV I	2	2	2						
TEC.ADM	TEC.ADM I	7	8	4		2	1			
TEC.ADM	TEC.ADM II	3	3	3						
TEC.ADM	TEC.EST I	2	2	2						
TEC.ADM	TRAB.SERV.	6	2	2				4		
	EMERGENCIA	11	7	6						
PROF.MED	MEDICOS	6	6	4		1		4		
SEC	TEC.ADM I	2	2	2						
	ENFERMERIA	341	260	254						
TEC.AS.	ARTESANO I	4	4	3		1				
TEC.AS.	AS.SERV.SA	3	2	1		1			1	
TEC.AS.	AUX.ENF I	20	21	22						
TEC.AS.	AUX.ENF II	1	1	1						
TEC.AS.	AUX.LAB I	1	1	1						
PROF.AS	ENFERMERA	59	56	57		1	3	25		
TEC.AS.	SUP.O.SERV I	2	2	2						
SEC	TEC.ADM I	3	3	3						
TEC.AS	TEC.ADM II	1	1	1						
TEC.AS	TEC.ENF I	126	127	124		3	9	33	7	
TEC.AS.	TEC.ENF II	34	33	33					1	
TEC.AS.	TEC.LAB I	1	1	1						
TEC.AS.	TEC.SANIT I	1	1	1						
TEC.AS.	TRAB.SERV I	2	2	2						
TEC.AS.	TRAB.SERV.	2						2		
TEC.AS.	TRAB.SERV III	1	1	1						

FUNCION	ORGANOS	TOT GEN	MODALIDADES						RES	
			NOMBRADOS SES				TP	SNP		D.D
			TOTN	ACTIV	BQ	DA				
	EPIDEMIOLOGIA	13	10	9						
TEC.ADM	ARTESANO	1	1			1				
TEC.ADM	AUX.SIST.ADM I	1	1	1						
TEC.ADM	INSP SAN I	2	2	2						
PROF.MED.	MEDICO	1	1	1						
PROF.AB.	MEDICO VETER.						1			
TEC.ADM	OP.MAQ.IND I					1				
TEC.ADM	TEC.ADM I	2	2	2						
TEC.ADM	TEC.ESTAD I	1	1	1						
TEC.ADM	TRAB.SERV I	2	2	2						
SEC	TRAB.SERV						1			
	ESTADISTICA	28	19	16						
SEC	TEC.ADM I	1	1	1						
TEC.ADM	TEC.ADM I	5	5	5						
TEC.ADM	TEC.ADM II	1	1	1						
TEC.ADM	TEC.ESTAD I	5	5	5						
TEC.ADM	TEC.ESTAD II	1	1	1						
TEC.ADM	TRAB.SERV	9	1	1			8			
	FARMACIA	20	17	16						
TEC.AS	ARTESANO I	1	1	1						
PROF.AB.	QUIM.FARM	5	3	2		1	2			
SEC	SEC I	1	1	1						
TEC.AS	SUP.C.SERV	1	1	1						
TEC.AS	TEC.FARM	1					1			
TEC.AS	TEC.ADM I	7	7	7						
TEC.ADM	TEC.ADM II	2	2	2						
TEC.AS	TEC.LAB I	1	1	1						
TEC.AS	TRAB.SERV I	1	1	1						
	GINECO-OBSTETRICIA	58	41	41						
PROF.MED	MEDICO	28	17	17		3	2	2+2R		
PROF.AB.	OBSTETRIZ	30	21	21		4	4	1		
SEC	SEC I	1	1	1						
TEC.ADM	TEC.ADM I	2	2	2						
	LAB. ANAT. PAT. CLINICA	48	32	31						
PROF.AB	AB. SEB I	1				1				
TEC.AS	AUX.LAB I	1	1	1						
PROF.AB	BIOLOGO	2	1	1			1			
TEC.AS	INSP.SAN I	1	1	1						
PROF.MED	MEDICO	4	2	2		1		1R		
SEC	SEC I	2	2	2						
TEC.AS	SUP.C.SERV I	1	1	1						
TEC.AS	TEC.ADM I	1	1	1						
TEC.AS	TEC.ENF II	1	1	1						
PROF.TEC.	TEC.ESPLAB I	9	9	9						
TEC.ADM	TEC.EST I	1	1	1						
TEC.AS	TEC.LAB I	11	8	8		1	2			
TEC.AS	TEC.LAB II	2	2	2						
TEC.AS	TEC.MEDICO I	8	1	1			8			
TEC.AS	TRAB.SERV	2					1	1		

FUNCION	ORGANOS	TOI GEN	MODALIDADES						REB	
			NOMERADOS SES				TP	SNP		D.D
			TOTN	ACTIV	BO	DA				
	LOGISTICA	23	18	17						
TEC.ADM	ARTESANO I	2	2	2						
DIRECTIVO	JEFE DIV I	1	1	1						
TEC.ADM	AUX.SIST.ADM I	1	1	1						
PROF.ADM	ESP.ADM I	1	1	1		1				
SEC.	SEC I	1	1	1						
TEC.ADM	SUP.C.SEV I	1	1	1						
TEC.ADM	TEC.FARM I	1					1			
TEC.ADM	TEC.ADM I	8	5	5				1		
TEC.ADM	TEC.ADM II	3	3	3						
TEC.ADM	TEC.AR.GRAF II	1	1	1						
TEC.ADM	TEC.ESTAD I	1	1	1						
TEC.ADM	TEC.IMP I	1	1	1						
TEC.ADM	TRAB.SERV I	3						3		
	MEDICINA	36	31	29						
PROF.AS	AS.S.SA I	2	2	2						
TEC.AS	AUX.SIST.ADM I	1	1	1						
PROF.MED	MEDICO	24	19	19		2	2	1		
PROF.AS.	PSICOLOGO IV	5	5	5		2				
SEC	SEC I	2	2	2						
TEC.ADM	TEC.ADM I	2	2	2						
	NUTRICION	60	51	50						
TEC.AS	ARTESANO I	10	9	9					1	
TEC.AS	ARTESANO II	1	1	1						
TEC.AS	AUX.NUT I	7	2	2		2	3			
PROF.AS	NUTRICIONISTA	3	2	1		1	1			
TEC.AS	OP.MAQ.IND I	1	1	1						
SEC	SEC I	1	1	1						
TEC.AS	SUP.C.SEV I	1	1	1						
TEC.AS	TEC.ADM I	1	1	1						
TEC.AS	TEC.NUT I	28	28	28						
TEC.AS	TRAB.SERV I	7	5	5			2			
	ODONTO-ESTOMATOLOGIA	6	5	5						
PROF.TEC.	AS.S.SA I	1	1	1						
PROF.AS	CIR.DENT.	3	3	3					1	
TEC.AS	TRAB.SERV I	1	1	1						
	PEDIATRIA	21	18	17						
PROF.MED	MEDICO	19	16	15		1	3			
SEC	SEC I	2	2	2						
	PERSONAL	36	34	32						
TEC.ADM	ARTESANO I	5	5	5						
PROF.AS	AS.SER.SA I	1	1	1						
PROF.AS	AS.SER.BOC I	1	1	1						
PROF.ADM	ESP.ADM I	1	1	1		1				
DIRECTIVO	JEFE DIV I	2	2	2						
TEC.ADM	OP.EQ.MED II	1	1	1		1				
TEC.AS	OP.MAQ.IND I	1	1	1						
SEC	SEC I	2	2	2						
TEC.AS	SUP.C.SEV I	1	1	1						

FUNCION	ORGANOS	TOT GEN	MODALIDADES						RES	
			NOMBRADOS SEB				TP	SNP		D.D
			TOTN	ACTIV	BO	DA				
TEC.ADM	TEC.ADM I	10	10	10						
TEC.ADM	TEC.ADM II	6	6	6						
TEC.ADM	TEC.ENF I	3	3	3						
TEC.ADM	TEC.ENF II	1	1	1						
TEC.AS	TEC.NUT I	1	1	1						
TEC.ADM	TRAB.SERV I	2								
	PLANIFICACION	10	10	8						
TEC.ADM	AUX.EST I	1	1	1						
TEC.ADM	ESP.ADM I	1	1	1						
DIRECTIVO	JEFE DIV I	1	1	1						
TEC.ADM	OFICINISTA I	1	1	1						
TEC.ADM	TEC.ADM I	3	3	3						
SEC	TEC.ADM II	1	1	1						
TEC.ADM	TEC.ENF I	1	1		1					
TEC.ADM	TEC.EST I	1	1		1					
	SERVICIOS GENERALES	123	81	80						
	LAV.ROP.CO:	25	16	13						
TEC.SERV.GN	ARTESANO I	11	11	11						
TEC.SERV.GN	AUX.COST.	5					5			
TEC.SERV.GN	MECANICO I	1	1	1						
TEC.SERV.GN	OP.MAQ.IND I	5	5	5						
TEC.SERV.GN	OP.MAQ.IND II	2	2	2						
TEC.SERV.GN	TRAB.SERV I	2					2			
TEC.SERV.GN	TRAB.SERV III	1	1	1						
	MANTENIMIENTO:	12	12	12						
TEC.SERV.GN	ARTESANO I	4	3	3		1				
TEC.SERV.GN	ARTESANO II	1	1	1						
TEC.SERV.GN	ARTESANO III	1	1	1						
TEC.SERV.GN	ARTESANO IV	1	1	1						
TEC.SERV.GN	ELEC I	1	1	1						
TEC.SERV.GN	ELEC II	1	1	1						
TEC.SERV.GN	MECANICO I	1	1	1						
TEC.SERV.GN	OP.MAQ.IND I	1	1	1						
TEC.SERV.GN	SUP.C.SERV I	1	1	1						
TEC.SERV.GN	TEC.IND I	1	1	1						
TEC.SERV.GN	TEC.MANT.	5					5			
TEC.SERV.GN	TRAB.SERV I	1					1			
	LIMP.VIG.JARD.	62	32	32						
TEC.SERV.GN	ARTESANO I	7	7	7						
TEC.SERV.GN	INSP.SANI	1	1	1						
TEC.SERV.GN	SUP.C.SERV I	6	6	6						
TEC.SERV.GN	TEC.ADM I	1	1	1						
TEC.SERV.GN	TEC.ESTAD I	1	1	1						
TEC.SERV.GN	TEC.NUT I	1	1	1						
TEC.SERV.GN	TRAB.SERV I	15	15	15		1	24			
TEC.SERV.GN	TRAB.SERV III	2	2	2						
	JEFAT.SERV.GNR:	6	6	6						
PROF.ADM.	ARO.	1	1	1						
SEC	ARTESANO I	1	1	1						
TEC.ADM	TEC.ADM I	2	2	2						

FUNCION	ORGANOS	TOT GEN	MODALIDADES						RES	
			NOMBRADOS				TP	SNP		D.D
			TOT.N	ACTIV	BR	DA				
TEC.ADM	TEC.ADM II	1	1	1						
TEC.ADM	TEC.ORTOGRAF I	1	1	1						
	TRANSPORTES	13	13	12						
TEC.SERV.GN	ARTESANO III	1	1	1						
TEC.SERV.GN	AS.REC.NATI	1	1	1						
TEC.SERV.GN	ALM.ELEC I	1	1	1						
TEC.SERV.GN	ALUMNUT I	1	1	1						
TEC.SERV.GN	CHOFER I	4	4	3		1				
TEC.SERV.GN	INSR.SANI	1	1	1						
TEC.SERV.GN	MECANICO III	2	2	2						
TEC.SERV.GN	TEC.TRANSF I	2	2	2						
	SERV. SOCIAL	10	10	10						
PROF.AS	AS.S.SA I	1	1	1						
PROF.AS	AS.SER.SOC I	4	4	4						
PROF.AS	AS.SER.SOC II	1	1	1						
PROF.AS	AS.SOCIAL	2	2	2						
TEC.AS	SEC II	1	1	1						
PROF.AS	TEC.BUFI	1	1	1						
	TOTAL GENERAL	1009	1607	1547	2	28	41	176	24	