

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

ESCUELA DE POSGRADO



**LA EVALUACIÓN DEL TALENTO HUMANO Y LA CALIDAD DE
PRESCRIPCIÓN DE LOS MÉDICOS EN LA “CLÍNICA DELGADO” DE LIMA**

**TESIS PARA OPTAR EL
GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Presentado por:

Aland Gregory Bisso Andrade

Asesor:

Dr. Mag. C.D. Marlon Remuzgo Huamán.

Lima - Perú

2020

***Dedicado a
los profesionales de la salud
víctimas de la pandemia
de la COVID-19***

AGRADECIMIENTOS

A mis colegas médicos de la Clínica Delgado que participaron amablemente en las encuestas formuladas.

A la dirección de la Clínica Delgado por permitirme realizar en dicho centro la presente investigación.

A mi asesor, el Dr. Marlon Remuzgo Huamán.

ÍNDICE

Pág.

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 Fundamentos teóricos de la investigación.....	1
1.1.1 Marco histórico	1
1.1.2 Marco teórico	3
1.1.3 Investigaciones.....	26
1.1.4 Marco conceptual	32
CAPÍTULO II: PROBLEMA, FINALIDAD, OBJETIVOS, HIPOTESIS Y VARIABLES	36
2.1. Planteamiento del problema	36
2.1.1. Descripción de la realidad problemática.....	36
2.1.2. Definición del problema.....	38
2.2. Finalidad y objetivos de la investigación	38
2.2.1. Finalidad.....	38
2.2.2. Objetivo general y específicos	39
2.2.3. Delimitación del estudio.....	39
2.2.4. Justificación e Importancia del estudio	39
2.3. Hipótesis y variables	39
2.3.1. Supuestos teóricos	39
2.3.2. Hipótesis principal y específicas	40
2.3.3. Variables e indicadores	40

CAPÍTULO III: MÉTODOLÓGÍA, TÉCNICA, INSTRUMENTOS y PROCESAMIENTO	42
3.1. Metodología	42
3.1.1. Población y muestra	42
3.1.2. Tipo, nivel y diseño del estudio	42
3.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
3.3. Procesamiento de datos	44
3.4. Consideraciones éticas	44
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	45
4.1. Presentación de resultados	45
4.2. Comprobación de hipótesis.....	61
4.3. Discusión de resultados	64
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	68
5.1. Conclusiones.....	68
5.2. Recomendaciones	68
BIBLIOGRAFÍA.....	69
ANEXOS.....	77

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
N° 1	Población médica encuestada	45
N° 2	Conocimiento de normas	46
N° 3	Acceso a base de datos de información científica por Internet	47
N° 4	Conocimiento del Petitorio de Medicamentos de la Clínica	49
N° 5	Forma de búsqueda de información médica	51
N° 6	Lectura de información con validez científica	53
N° 7	Comunicación con el paciente	54
N° 8	Características de las prescripciones médicas evaluadas	56
N° 9	Análisis bivariado entre las variables independientes del estudio y la calidad en la prescripción médica	58
N°10	Nivel de talento humano y calidad de prescripción médica	61
N°11	Nivel de conocimiento de normas técnicas y calidad de prescripción médica	62
N°12	Habilidad en búsqueda avanzada de información y calidad de prescripción médica	62
N°13	Actitud en la comunicación médico-paciente y calidad de prescripción médica	63

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.	
N° 1	Estructura básica de la Gestión del Talento Humano	8
N° 2	Cadena de valor a partir de las personas	11
N° 3	El capital humano como convergencia de talentos, cultura organizacional, arquitectura, procesos y estilo de administración	12
N° 4	Población de médicos encuestados	46
N° 5	¿Revisa usted las directivas vigentes acerca del llenado correcto de la receta médica?	46
N° 6	¿Consulta el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción del MINSA o de la OMS?	47
N° 7	¿Usa la Internet para buscar información médico-científica?	48
N° 8	¿Ingresa a bases de datos generales como Medline, Lilacs, Embase, Elsevier o Hinari?	48
N° 9	¿Utiliza otras fuentes de información, como Medscape, UpTo Date, Dynamed, Micromedex, Biblioteca Cochrane?	48
N° 10	¿ingresa a bases de datos de guías de práctica clínica de su especialidad?	49
N° 11	¿Consulta la información sobre “Alertas” respecto a las restricciones o retiro de fármacos (Digemid, FDA)?	49
N° 12	¿Consulta el petitorio o listado farmacológico de la Clínica?	50
N° 13	Si fuese necesario ¿Llama a la Farmacia para consultar sobre la presentación o concentración de algún fármaco?	50
N° 14	¿Tiene información sobre las novedades farmacológicas que ingresan al petitorio de medicamentos de la clínica?	50
N° 15	¿Usa directamente el “buscador general” de Google?	50
N° 16	¿Utiliza otro motor de búsqueda como: Google Académico PubMed, Free Medical Journals o MD Consult?	51

N° 17	¿Hace búsqueda avanzada a través de título, autores, fuentes, fecha de publicación, palabras clave u operadores lógicos booleanos (AND, OR, NOT)?	52
N° 18	¿Busca información médica publicada en inglés u otro idioma?	52
N° 19	¿Busca información científica hecha según medicina basada en evidencia (MBE)?	53
N° 20	¿Analiza la metodología científica y fuentes utilizados en los estudios clínicos que revisa?	53
N° 21	¿Lee publicaciones de meta-análisis y revisiones sistemáticas?	53
N° 22	¿Explica con precisión cómo actúan los medicamentos que prescribe?	54
N° 23	¿Informa acerca de eventos adversos o interacciones que pueden presentar los medicamentos prescritos?	55
N° 24	Seguridad de que el paciente entendió las dosis y forma de administración de los medicamentos prescritos	55
N° 25	¿Indica en la receta médica recomendaciones no farmacológicas, como, tipo de dieta, actividad física, consejos generales, fecha de próxima cita, otros?	55

RESUMEN

El objetivo principal de la presente investigación fue establecer la influencia de la evaluación del talento humano en la calidad de prescripción del personal médico de la Clínica Delgado de Lima.

Se utilizó un diseño metodológico de tipo aplicada y de nivel explicativo. Se realizó una encuesta a 100 médicos de diversas especialidades y se analizaron 100 recetas. Las encuestas evaluaron variables de conocimientos, habilidades y actitud de la población estudiada, y en las recetas se evaluaron diversas variables de calidad.

Los resultados mostraron que más del 90% de médicos: consultaron normas y manuales de buenas prácticas de prescripción, tienen acceso a bases de datos de información médica por Internet, buscan información de medicina basada en evidencia y tienen una buena comunicación con el paciente. El análisis bivariado encontró que las variables: "Consulta del Manual de Buenas Prácticas de Prescripción" y "Búsqueda de información según medicina basada en evidencia", encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.04$ y $p = 0.007$, respectivamente), para las variables de calidad de receta.

La comprobación de hipótesis se realizó mediante la prueba Rho de Spearman por tratarse de variables cualitativas, con la cual se determinó el rechazo de las hipótesis nulas, aceptando las hipótesis alternativas planteadas.

En conclusión, se encontró relación significativa entre el nivel del talento humano de la población médica estudiada y la calidad de prescripción de la receta médica. Se recomienda establecer en la Clínica Delgado un programa de evaluación del talento humano del profesional médico en cuanto a sus conocimientos, competencias profesionales y calidad de prescripción médica

Palabras claves: Talento humano, Internet, Información médica, Normas técnicas, Receta, Calidad de prescripción.

ABSTRACT

The main objective of this research was to establish the influence of the evaluation of human talent on the quality of prescription of the medical staff of the Delgado de Lima Clinic.

An applied and explanatory-level methodological design was used. A survey was conducted of 100 doctors from various specialties and 100 prescriptions were analyzed. The surveys evaluated variables of knowledge, skills and attitude of the studied population, and various quality variables were evaluated in the recipes.

The results showed that more than 90% of doctors consulted standards and manuals of good prescribing practices, have access to databases of medical information on the Internet, search for evidence-based medicine information and have good communication with the patient. The bivariate analysis found that only the variables: "Consultation of the Manual of Good Prescribing Practices" and "Search for information according to evidence-based medicine", found statistically significant differences ($p = 0.04$ and $p = 0.007$, respectively), for the variables of recipe quality.

The hypothesis test was carried out by means of the Spearman Rho test because it was qualitative variables, with which the rejection of the null hypotheses was determined, accepting the alternative hypotheses raised.

In conclusion, a significant relationship was found between the level of human talent of the studied medical population and the quality of prescription of the medical prescription.

It is recommended to establish in the Delgado Clinic a program for evaluating the human talent of the medical professional in terms of their knowledge, professional skills and quality of medical prescription

Keywords: Human talent, Internet, Medical information, Technical standards, Prescription, Prescription quality.

INTRODUCCIÓN

En los años anteriores a la década del 90 no existía la Internet. Particularmente, los años de vida universitaria y de residencia médica de mi generación la pasamos entre libros, revistas impresas que llegaban con varios meses de atraso y miles de fotocopias. Simplemente, adolecíamos de falta de información. Con el devenir de la Internet, la situación cambió en forma radical. Las nuevas generaciones tienen el privilegio de contar con información en abundancia, en línea y al alcance de la mano. Hoy en día hay bases de datos de biociencias atiborrados de publicaciones de todo tipo: desde simples comentarios, hasta guías clínicas confeccionadas en medicina basada en evidencia, pasando por meta-análisis, revisiones sistemáticas y estudios clínicos de todo tipo, además de libros y revistas en línea. De otro lado, todas las sociedades médicas e instituciones de salud, tanto gubernamentales como no-gubernamentales, ofrecen todas sus publicaciones en línea.

La Internet revolucionó la educación médica. Los profesionales de la salud ya no pueden aducir desconocimiento por falta de información, incluidas las normas de buenas prácticas clínicas emitidas por las autoridades sanitarias regulatorias. En ese sentido, es necesario que los administradores responsables de las instituciones de salud dispongan de la estrategia adecuada para la gestión del talento de sus integrantes, a fin de que puedan utilizar en forma racional la herramienta de la Internet y acceder a la mejor información científica disponible. Ello redundará en la mejora profesional y mayor calidad de atención a los pacientes, lo cual incluirá prescripciones (o recetas) mejor elaboradas y, por consiguiente, menor riesgo de cometer errores terapéuticos, así como, al mismo tiempo, mejorar la relación médico-paciente, la imagen institucional y la percepción de una atención médica de calidad.

En la presente investigación se buscó evaluar el talento humano, respecto a la habilidad del profesional médico para aprovechar la Internet lo mejor posible, y su relación con la calidad de la prescripción médica.

En Capítulo I se presentó una revisión de los marcos histórico y teórico de la evolución del conocimiento y de las definiciones del recurso humano a través de los años, así como lo referente al talento humano y la gestión del mismo a fin de mejorar el desarrollo personal y profesional de quienes laboran en una organización. También se presentó una revisión acerca de la evolución de la Internet en cuanto a la difusión de información científica y sus diferentes plataformas, bases de datos y metabuscadores que permiten acceder a sus contenidos. Así mismo, se presentó una revisión referida a la prescripción médica, acorde a las recomendaciones de la

Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud, y a los errores médicos relacionados con la calidad de la misma, acorde a las diversas investigaciones publicadas al respecto. Se mencionaron diversas investigaciones nacionales e internacionales realizadas en torno a la gestión del talento humano y la calidad de atención, y un marco conceptual a través de un glosario, a fin de precisar las definiciones adecuadas de los términos utilizados.

En el Capítulo II se plantearon el problema general y los problemas específicos, así como la finalidad de la presente investigación, referida a mejorar la calidad de prescripción médica a través de la gestión de evaluación del talento humano a fin de minimizar el riesgo de errores médicos. Se estableció como hipótesis principal la afirmación que el nivel de talento humano de los médicos influye en la calidad de la prescripción médica, además de otras hipótesis específicas destinadas a confirmar que el conocimiento y habilidades respecto al uso racional de la Internet influyen en la calidad de prescripción, al igual que el tipo de comunicación médico-paciente.

En el Capítulo III se describió la metodología de la investigación, técnicas y forma de procesamiento de datos. La población estudiada estuvo constituida por médicos que laboran en la Clínica Delgado de Lima. Solo se consideró a 100 médicos que prescriben recetas durante su labor en consultorios externos, emergencia y en hospitalización. No fueron incluidos médicos dedicados solo a labores administrativas, odontólogos, nutricionistas, ni médicos de apoyo al diagnóstico, como patólogos clínicos y radiólogos. La investigación fue de tipo aplicada, de nivel explicativo y de diseño *Ex post facto*, a fin de buscar una relación causa-efecto con el análisis de las variables. Se realizaron encuestas presenciales a los médicos participantes, utilizando un formulario de preguntas, y se recolectaron recetas médicas tomadas al azar. Los datos fueron procesados mediante el programa STATA, versión 14.0, y se estableció una significancia estadística de valor $p < 0.05$.

En el Capítulo IV se presentaron los resultados, con el apoyo de tablas y figuras, se hizo la comprobación de hipótesis mediante la prueba no paramétrica Rho de Spearman con una significancia estadística con valor $p < 0.01$ y se realizó la discusión considerando los resultados obtenidos en investigaciones similares, referidos en las diversas publicaciones de la bibliografía utilizada.

En el Capítulo V se dieron, finalmente, las conclusiones y recomendaciones de la presente investigación.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentos teóricos de la investigación

1.1.1 Marco histórico

Los orígenes de la administración de los recursos humanos se remontan a los inicios del siglo XX, a consecuencia del impacto de la Revolución Industrial. Inicialmente, surgió con el nombre de Relaciones Industriales, definido como una actividad mediadora entre las organizaciones y las personas, para suavizar o reducir el conflicto entre los objetivos de la organización y los objetivos individuales de los trabajadores. En 1927, el psicólogo-sociólogo Elton Mayo introdujo el concepto de Recurso Humano y realizó el denominado Experimento de Hawthorne, mediante el cual descubre que los trabajadores logran mejor productividad cuando, más allá de los incentivos económicos, se les mejora las condiciones de trabajo, determinando que la parte principal de la industria es social y humana, y no sólo económica.¹

Alrededor de la década de 1950, se le llamó administración de personal al acto de administrar personas de acuerdo con la legislación laboral local ya que los conflictos surgían continuamente, luego, desde la década de 1970, surgió el concepto de administración de recursos humanos, aun cuando todavía se veían a las personas solo como recursos productivos cuyas actividades debían ser planeadas y controladas a partir de las necesidades de la organización. Se consideró que tratar a las personas solo como recursos organizacionales constituía un desperdicio del su talento y capacidad productiva. Por tanto, era mejor hablar de gestión del talento humano y no de recursos humanos; pues, bajo este nuevo concepto, el trabajador se considera un socio y colaborador de la empresa.

Durante el siglo XX, las organizaciones han pasado por tres eras diferentes: era industrial clásica, era industrial neoclásica y la era de la información. La era de la información se inició en 1990, pues con el advenimiento de la globalización a través de la tecnología, mediante diversos dispositivos electrónicos se hizo posible tener información actualizada en tiempo real. Situación que da lugar a la era del conocimiento, del capital humano y por tanto del capital intelectual. En esta era, el empleo se traslada del campo industrial, al campo de los servicios, y el trabajo manual se desplaza hacia el trabajo intelectual. El conocimiento se vuelve

básico y lo primordial es que sea productivo. En la era de la información las organizaciones requieren agilidad y constante innovación. El cambio es indispensable y quienes no innovan se quedan en el pasado. La información y el intelecto de los trabajadores son el verdadero capital, y ello requiere un tipo especial de gestión.²

El enfoque sobre la gestión del talento por los administradores, académicos y profesionales se comenzó a comprender y diseminar luego de una definición inicial de talento por la firma de consultoría de gestión "McKinsey & Company" en 1998 a través de la publicación de "La guerra por el talento".³ Este nuevo concepto sería el molde inicial que los directivos de las organizaciones futuras utilizarían para empoderar a sus trabajadores y fomentar una propuesta de valor; debido a que a partir del talento la organización podrá obtener una ventaja competitiva. Desde entonces fue necesario iniciar una gestión del talento humano en los departamentos de recursos humanos. La evolución del pensamiento de gestión ha tenido un impacto en el desarrollo y la dirección de administración de los recursos humanos. Los acontecimientos históricos cambiaron las perspectivas de cómo las personas son vistos en el lugar de trabajo.

La gestión clásica había considerado a los trabajadores sólo como un costo, ignorando que el factor humano encerraba una enorme inversión, y donde la denominada "gestión de personal", sólo se ocupaba de las transacciones formales, como contrataciones, salarios, programación de horarios y asuntos disciplinarios, dejando de lado el capital humano, y más específicamente el capital intelectual. Actualmente, vivimos la Era de la Información y es innegable la importancia vital de la Internet para los objetivos organizacionales y el desarrollo intelectual de su capital humano. Según la Internet World Stats, hasta diciembre de 2017 había 4,156 millones de usuarios de Internet, de los cuales 22 millones correspondían al Perú.⁴ El motor de búsqueda de información más utilizado es Google, herramienta capaz de procesar más de mil millones de peticiones de búsqueda diarias en todo el mundo.

Hoy en día, Internet es una herramienta indispensable para la realización de una buena gestión del talento humano dirigido a la educación y el eficiente desarrollo profesional de los empleados y colaboradores de una empresa. Específicamente, en el campo de la salud, el uso correcto y oportuno de la Internet se ha venido constituyendo en una estrategia para disminuir el riesgo del error médico. En 1956, se publicó en una editorial ⁵

que la persistencia en los errores médicos se debía básicamente a tres factores: aceptar de manera dogmática y sumisa la recomendación de una autoridad (o experto), hacer mal uso del método científico y el efecto de las actitudes emocionales sobre el pensamiento del médico. El autor señaló que, teniendo en cuenta que el error alcanza su pleno florecimiento como un dogma, este debe ser combatido y destruido por un pensamiento audaz y una buena observación antes de que se reconozca como una enseñanza falsa.

En 1984, se publicó un artículo ⁶ acerca de la ambigüedad y error en la escritura médica, lo cual enfatizó los riesgos de error en la prescripción médica a través de la receta escrita, y en 1991 se publicó el primer estudio ⁷ que dio inicio de manera seria a la toma de conciencia acerca de las lesiones ocurridas por complicaciones de un tratamiento a consecuencia de errores médicos. Los autores presentaron los resultados de un estudio realizado en Harvard, en el cual se revisaron 30,000 registros médicos de pacientes hospitalizados en el estado de Nueva York y se mostró que el 4% de los pacientes tuvieron complicaciones por su tratamiento debido a los denominados eventos adversos, con el sorprendente hallazgo que dos tercios de las iatrogenias ocurridas se debieron a errores prevenibles. Por este estudio y muchos otros que se publicaron posteriormente, se consideró al cirujano-pediatra Lucian Leape como uno de los mayores pioneros en el estudio del error médico y la seguridad del paciente en todos sus aspectos, constituyendo sus trabajos y publicaciones uno de los principales pilares al respecto.⁸

1.1.2 Marco teórico

1.1.2.1 El Talento Humano

Las organizaciones nacen para aprovechar la sinergia del esfuerzo de varias personas que trabajan en conjunto; se han designado diversos términos de las personas que trabajan en las organizaciones, tales como: mano de obra, trabajadores, empleados, oficinistas, personal, operadores, recurso humano, colaboradores, asociados. Actualmente, se considera más apropiado denominarlos como talento humano, capital humano o capital intelectual, por el gran valor que tienen en las organizaciones. Al respecto, Tansley⁹ manifestó que el término talento se remonta al mundo antiguo (del griego *talanton*; del latino

talenta) donde se usaba para denotar una unidad de peso o dinero. El artículo también señaló que en el siglo XIII el significado de talento sufrió un cambio considerable: significaba inclinación, disposición, voluntad o deseo; sin embargo, en el siglo XIV, talento adoptó el significado habilidad o aptitud natural especial, que probablemente se basó en interpretaciones figurativas de la “parábola de los talentos” (Mateo 25: 14-30), de ahí que del latín *talentum*, la noción de talento está vinculada a la aptitud o la inteligencia.

En resumen, se trata de la capacidad, habilidad o destreza, para ejercer determinada ocupación o para desempeñar una actividad, y se considera que el mismo suele estar asociado a la habilidad innata y a la creación, aunque también puede desarrollarse con la práctica y el entrenamiento. Meyers y van Woerkom,¹⁰ partiendo de la interrogante: ¿El talento es innato o aprendido?, realizaron una extensa revisión de la literatura y definieron el talento a través de diferentes enfoques: talento como esfuerzo individual, talento como superdotación, talento como competencias, talento como alto potencial y talento como alto rendimiento.

De otro lado, también se ha sostenido que aún es difícil precisar una definición definitiva debido a la confusión que rodea el concepto y al uso intercambiable de los términos gestión del talento, gestión de retención del personal y planificación de los recursos humanos.¹¹

La definición de talento, según el Diccionario de la RAE,¹² se refiere a la persona inteligente o apta para determinada ocupación o desempeño, en el sentido que entiende, comprende y tiene la capacidad de resolver problemas por sus habilidades y destrezas. La aptitud determina disposición y capacidad de desempeño competente en cualquier actividad.

La concepción de talento humano se circunscribe fundamentalmente a los ejes y elementos que lo conforman y sostienen, tales como: conocimientos, experiencia, inteligencia, motivación, aptitudes, actitudes, habilidades, y potencialidades, por tanto, esta situación redefine al recurso humano como un capital intelectual, el mismo que es considerado por Chiavenato¹³ como el

activo más valioso de una organización. El capital intelectual es un intangible que incluye habilidad, experiencia, conocimiento e información, este elemento, conjuntamente con la habilidad organizacional, constituyen los bienes intangibles más valiosos de una organización. El término recurso humano describe a la persona como un instrumento, no como el capital principal de la empresa dotado de habilidades y características que le dan vida, movimiento y acción a la organización; por tanto, en la actualidad, es más apropiado utilizar el término talento humano; de modo que la gestión del talento puede verse como una disciplina científica que se enmarca dentro del término manejo (o gestión) de los recursos humanos, y que cubre un nicho específico de la misma.

1.1.2.2 Gestión del talento humano

Vallejo¹⁴ lo definió como la disciplina que persigue la satisfacción de objetivos organizacionales contando para ello una estructura y a través del esfuerzo humano coordinado. El mismo autor refiere que el esfuerzo humano resulta vital para el funcionamiento de cualquier organización. Si el elemento humano está dispuesto a proporcionar su esfuerzo, la organización marchará; en caso contrario, se detendrá; por tanto, las organizaciones deben prestar primordial atención a su personal y realizar la gestión del talento humano mediante procesos administrativos como: planificar, dirigir, coordinar, organizar, controlar y ejecutar.

Chiavenato,¹⁵ definió la gestión del talento humano como un conjunto de políticas y prácticas necesarias para dirigir los aspectos administrativos en cuanto a las personas o los recursos humanos, como el reclutamiento, la selección, la formación, las remuneraciones y la evaluación del desempeño. También manifestó que hablar de administración de las personas es hablar de gente, de mente, de inteligencia, de vitalidad, de acción y de proactividad.

Collings y Mellahi,¹⁶ definieron la gestión del talento como al conjunto de actividades y procesos que involucran la identificación sistemática de posiciones clave que de manera diferencial contribuyan a la ventaja competitiva sostenible de la organización, al desarrollo de un grupo de talentos con alto potencial y alto rendimiento para cumplir estos roles, y a la formación de una estructura de recursos humanos diferenciada que pueda facilitar el

llenado de sus puestos con empleados competentes que, al mismo tiempo, muestren un compromiso continuo con la organización.

Chambers y col.³ manifestaron que la administración del talento humano es la función de la organización referida a la tarea de proveer capacitación, desarrollo y motivación a los empleados, al mismo tiempo que busca la conservación de estos. En tanto que Lado y Wilson¹⁷ definieron las competencias en términos de recursos humanos: Las competencias son capacidades humanas medibles que se requieren para un desempeño laboral efectivo. En este sentido, la gestión de las competencias y de las habilidades se han relacionado con los esfuerzos de las empresas para mejorar su fuerza laboral a fin de aumentar la ventaja competitiva, la innovación y la efectividad.¹⁸

Muchas empresas pueden tener buenos criterios para administrar sus servicios, finanzas y relaciones humanas, pero si no se comprometen en la identificación y gestión del talento, con el tiempo podrían tener resultados desfavorables. Al respecto, Lewis y Heckman¹⁹ encontraron que la gestión del talento se describe mejor en términos de tres flujos de investigación:

- Gestión del talento que se conceptualiza en términos de recursos humanos típicos, prácticas y funciones del departamento;
- La gestión del talento definido en términos de planificación de recursos humanos y proyección de empleados/personal; y
- La gestión del talento que se trata como una entidad genérica y se enfoca en talento de alto rendimiento y alto potencial o en talento en general.

En ese mismo sentido, se ha manifestado que el aprendizaje y la mejora del rendimiento es una parte integral de la gestión del talento y que la capacitación de los empleados debe garantizar que una organización cuente con personal calificado, motivado y con mano de obra competente; que debe implementar programas desde la orientación y clases de formación técnica con experiencia temprana en la carrera hasta el desarrollo del liderazgo y el coaching ejecutivo, todo lo cual constituyen actividades profundamente entrelazadas en las prácticas de la gestión del talento humano.²⁰

Un estudio realizado en Alemania²¹ registró diversos factores en la gestión del talento y encontró que algunas compañías solo

implementan la gestión del talento como una fachada mientras que otras empresas lo hacen por aspectos económicos, lo cual se contrapone con las conclusiones de un estudio de Tabatabaei y Mami²² quienes señalaron que la gestión del talento es el principal núcleo de gestión de recursos humanos y el principal factor de éxito de las organizaciones; en consecuencia, la mayor atención de las organizaciones en la gestión del talento debe ser la capacitación de su personal en forma seria y con el apoyo integral del área de recursos humanos y los gerentes de la organización.

Según Vallejo,²³ administrar el talento humano se convierte cada día en algo indispensable para el éxito de las organizaciones y señaló que existen cuatro aspectos esenciales en el talento de las personas que reflejan la competencia individual. A saber:

- Conocimiento. Es el saber, como resultado de aprender a aprender de forma continua.
- Habilidad. Se trata de saber hacer. Es la aplicación del conocimiento para resolver problemas y situaciones. Es crear, innovar y transformar el conocimiento en resultados.
- Juicio. Se trata de saber analizar la situación y el contexto; es tener el análisis crítico, juzgar los hechos, establecer un equilibrio y definir las prioridades.
- Actitud. Se trata de saber cómo hacer para que ocurran las cosas. La actitud debe ser positiva y emprendedora. Permite alcanzar y superar metas, asumir riesgos, actuar como agente de cambio, dar valor agregado y llegar a la excelencia enfocado en resultados. En el campo de la salud, la actitud comunicativa es una de las estrategias fundamentales para establecer la adecuada relación médico-paciente/familiares.

Roberts y col.²⁴ identificaron los principales desafíos de la gestión del talento humano en el contexto del manejo internacional del recurso humano, como:

- Obtener fácilmente las habilidades correctas en el número correcto y donde sea necesario;
- Difundir conocimientos y prácticas actualizados en toda la empresa independientemente de dónde se originen; y
- Identificar y desarrollar el talento a nivel mundial.

Respecto a los desafíos en la formación del talento humano en salud, Giraldo y Vélez²⁵ sostuvieron que, a nivel de Latinoamérica, constituye un elemento clave dotar los sistemas de salud con talento humano bien capacitado y en número suficiente; que se requieren de profesionales motivados que realicen actividades que trasciendan a través de la atención integral de los pacientes y formados para aplicar la atención primaria bajo el enfoque de los determinantes sociales de la salud con el fin de alcanzar las metas del desarrollo del milenio y la cobertura universal en salud.

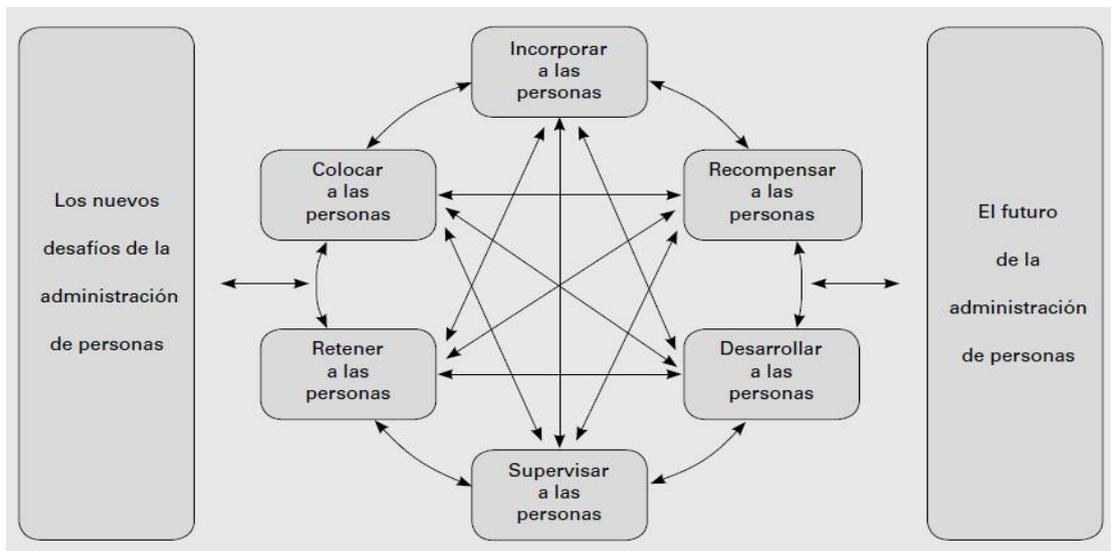


Figura 1. Estructura básica de la Gestión del Talento Humano

Fuente: Chiavenato (2009)²⁶

1.1.2.3 Procesos de la gestión del talento humano

Se ha propuesto que el proceso de gestión del talento se puede implementar de tres maneras: atraer, adquirir e identificar talentos, y de esa forma desarrollar un grupo de talentos. De modo que el proceso de desarrollo del talento en una organización, comienza con la identificación de las personas en relación con su potencial y actuación, e identificando a las personas más valiosas bajo el desafío de poder desarrollarlas para aumentar su capacidad y rendimiento en provecho de los objetivos de la organización.¹¹

Chiavenato,²⁷ propuso seis procesos para la adecuada administración de los recursos humanos:

- Admisión de personas. Procesos utilizados para incluir nuevas personas en la empresa.

- Organización de las personas. Procesos utilizados para diseñar las actividades que las personas realizarán en la empresa, así como orientarlos y acompañarlos en su desempeño.
- Compensación de las personas. Procesos utilizados para incentivar a las personas y satisfacer sus necesidades individuales más sentidas.
- Desarrollo de las personas. Procesos empleados para capacitar e incrementar el desarrollo profesional y personal.
- Proceso para retener a las personas: procesos utilizados para crear condiciones ambientales y psicológicas satisfactorias para las actividades de las personas, Incluyen administración de la disciplina, higiene, seguridad y calidad de vida, y mantenimiento de relaciones sindicales
- Evaluación de las personas: procesos empleados para acompañar y controlar las actividades de las personas y verificar resultados..

En una revisión extensa de la literatura²⁸ se sugirió que la investigación de la gestión del talento humano (GTH) se puede clasificar como un ‘Campo de puente’ que aún se encuentra en las primeras etapas de desarrollo y que requiere una investigación multidisciplinaria basada en una amplia gama de perspectivas académicas y aplicadas. En consecuencia, los autores manifestaron que existe la necesidad de construir teorías y micro tópicos en niveles cruzados de la gestión de los recursos humanos (RR.HH), para comprender las complejidades que rodean la formación de sistemas de GTH, examinar la cadena causal que explique cómo la atracción, el desarrollo y la retención del personal, influyen en los resultados que persigue la gestión de RR.HH, tales como: motivación, productividad, rotación y, finalmente, poder transferir el conocimiento desde los académicos hasta los profesionales responsables de la administración de los RR.HH, y viceversa.

1.1.2.4 El desarrollo del capital humano

Desde hace un par de décadas se ha señalado que vivimos la “era del conocimiento”. Durante muchos años el eje central de las

empresas era el capital económico y sus bienes materiales, donde las empresas se preocupaban por tener la materia prima y competían por obtenerla más rápido. Si bien es cierto “lo material” continúa siendo importante, ya el eje central de las organizaciones ha pasado al denominado “capital humano”, determinado por las habilidades, conocimientos y actitudes de los trabajadores, y donde es responsabilidad del área de recursos humanos seleccionar a las personas que posean estas características a fin de incorporarlas en programas de capacitación, desarrollarlas y perfeccionarlas continuamente.²⁹

Chiavenato³⁰ manifestó que en la era de la información el capital financiero deja de ser el recurso más importante de una organización, para dar paso al capital intelectual, constituido:

- Por las personas que forman y conocen la estructura interna de la organización.
- Por aquellas que conocen y manejan las relaciones con clientes y proveedores, y
- Por el capital humano, constituido básicamente por los talentos y competencias de las personas.

Por tanto, de esta trilogía se desprendió que la organización, clientes y personas, constituyen el trípode del capital intelectual y que el conocimiento es fundamental en este conjunto.

El capital físico se deprecia con el uso, pero el valor del conocimiento aumenta cada vez más y se potencia con el conocimiento de los demás. En ese sentido, la perspectiva del capital intelectual muestra que para conservar y desarrollar el conocimiento, las organizaciones deben ofrecer un trabajo estimulante que proporcione experiencias y conocimientos; que el conocimiento que aportan sus directivos constituye la riqueza más importante; que las organizaciones necesitan estrategias claras para atraer, conservar y motivar a sus directivos o administradores; que los directivos o administradores que poseen el conocimiento son los que más contribuyen al éxito de la organización; que las organizaciones necesitan transformarse en centros de aprendizaje para emplear adecuadamente el conocimiento; y que para tener éxito en la era de la información, las organizaciones deben adoptar la perspectiva del conocimiento e invertir vigorosamente en él.

Debe quedar claro que el capital humano está representado básicamente por los talentos (personas dotadas de habilidades, conocimientos y competencias), sin embargo, no basta con tener talentos en la organización, pues para que estos desarrollen y den su máximo potencial en beneficio no solo personal sino para el cumplimiento de los objetivos de la organización, deben estar inmersos dentro de una estructura organizacional flexible e integradora que facilite la comunicación entre las personas; también debe existir una cultura organizacional democrática, participativa y que inspire confianza, y que el estilo de administración se sustente en un liderazgo renovador, coaching, descentralización del poder, delegación y atribución de facultades

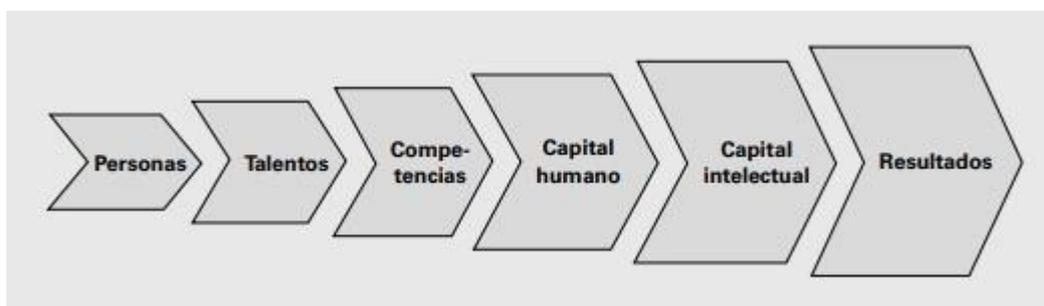


Figura 2. Cadena de valor a partir de las personas

Fuente: Tomado de Chiavenato (2009)³¹

Por tanto, no basta con tener talentos para poseer capital humano. Es necesario que los talentos estén integrados en un ambiente o contexto favorable y propicio, para que puedan desarrollar y crecer. El concepto de capital humano deviene de la suma de talento y contexto.³²

A diferencia de la era de la industrialización, donde sólo bastaba un departamento de personal para satisfacer asuntos meramente administrativos sobre horarios, control de personal y logística relacionada, la actual era del conocimiento requiere la presencia de equipos de gestión del talento humano, que los trabajadores sean vistos como socios dentro de un clima organizacional dinámico y permeable a los cambios y que la tecnología no solo sea aprovechada para el incremento de la productividad, sino también para el desarrollo de las habilidades y competencias profesionales, a fin de crear y desarrollar un

verdadero capital humano como producto de la sumatoria del talento, la cultura organizacional, estilo de administración, entre otros elementos.³³

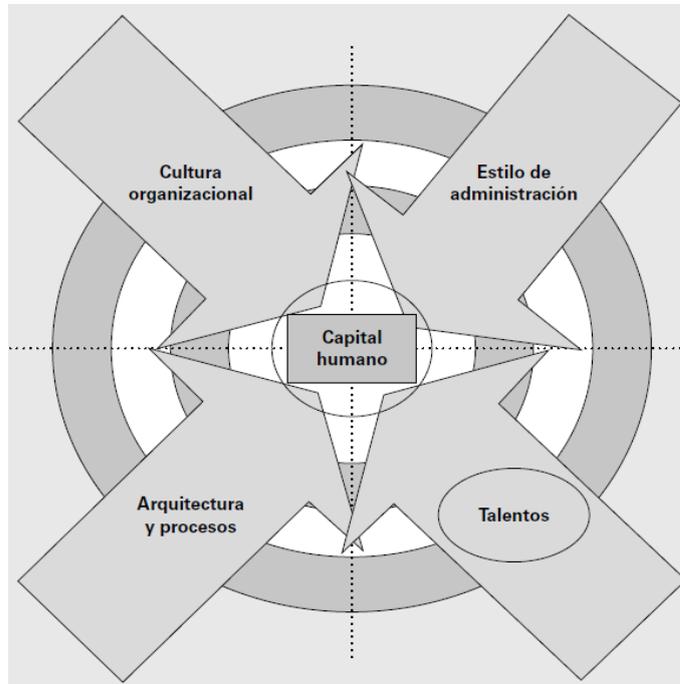


Figura 3. El capital humano como convergencia de talentos, cultura organizacional, arquitectura, procesos y estilo de administración

Fuente: Chiavenato (2009)³³

La tecnología y la información están al alcance de todas las empresas; por tanto, la única ventaja competitiva que puede diferenciar a una empresa de otra es la capacidad que tienen las personas dentro de la organización para adaptarse al cambio. Esto se logra mediante el fortalecimiento de la capacitación y el aprendizaje continuo en las personas a fin de que la educación y experiencias sean medibles y, más aún, valorizadas conforme al sistema de competencias. En este sentido, también considera que mientras el capital financiero es cuantitativo, numérico y se fundamenta en activos tangibles y contables, el capital intelectual es invisible e intangible; situación que genera una cadena de valor a partir de las personas, donde los resultados serán mejores cuando los sumandos sean: Persona con Talento y sus Competencias, añadido al Capital Humano con su Capital Intelectual. Por tanto, el

fortalecimiento continuo del Capital Intelectual tendrá un impacto positivo en los objetivos de la organización.³⁴

1.1.2.5 Importancia de la Internet en la gestión del talento humano

En la gestión del talento humano el proceso de desarrollo de las personas ha considerado la realización de actividades para capacitar e incrementar el desarrollo profesional y personal, lo cual implicó el uso adecuado de medios de aprendizaje y de obtención de conocimientos, no solo para la formación personal y educación profesional, sino para el despliegue más eficiente posible de sus actividades laborales. Internet revolucionó el concepto de globalización a través de la tecnología y, en este sentido, hoy es la mejor herramienta para producir, transmitir y aprovechar los conocimientos. De modo que los directivos de las organizaciones deben ser conscientes de la importancia de Internet en la gestión del conocimiento.³⁵

Internet, además de ser una fuente inconmensurable de información, ha permitido una mayor interconectividad con escuelas, institutos, organizaciones y universidades de todo el mundo, lo cual permite un intercambio interactivo de información en alcances insospechados de trabajo y la comunicación. Antes de la aparición de la Internet, los estudiantes de medicina, alumnos de posgrado y médicos en general, así como todo profesional de la salud, tenía un acceso limitado a la bibliografía de las ciencias de la salud. Las bibliotecas de los hospitales y de las universidades (principalmente públicas) ofrecían libros de ediciones pasadas, revistas desactualizadas y repositorios de tesis no siempre bien conservados. Con el advenimiento de la Internet, las cosas cambiaron diametralmente. La información es abundante y de fácil acceso. Por ejemplo, solo el motor de búsqueda PubMed (perteneciente al Instituto Nacional de Salud de los EE.UU., disponible desde 1996) contenía, a noviembre 2020, más de treinta millones de citas bibliográficas procedentes de la base de datos MEDLINE, revistas de ciencias de la vida y de libros electrónicos *online*.³⁶

En los inicios de la era Internet debía tenerse una computadora en casa, pero hoy en día, además de Laptops y

Tablets, la información por Internet se encuentra al alcance de la mano en un teléfono móvil (celular). De modo que ahora, a diferencia de lo que ocurría apenas 20 años atrás, la información abunda, es abrumadora y creciente. Sin embargo, no toda la información es de buena calidad, ni todas las fuentes son confiables, y ahí radica el problema.

Las personas, en general, y particularmente los médicos, no saben aprovechar la mejor información disponible que ofrece la Internet, situación que genera una peligrosa mala información, o simplemente el dejar de aprovechar valiosas publicaciones científicas que podrían ir en beneficio directo de la formación profesional y de los pacientes. Si bien es cierto, mucho de los accesos a importantes fuentes de información tienen un costo de suscripción, existe al mismo tiempo una gran cantidad de bases y motores de búsqueda sin costo que ofrecen revistas indexadas, publicaciones diversas confeccionadas con información científica basada en evidencia, incluso textos electrónicos completos.

El problema surge cuando, pese a la gran cantidad de información que la Internet pone al alcance de todos, una gran cantidad de médicos no conocen la estrategia adecuada para poder aprovecharla. Generalmente, cuando un médico requiere información, acude de inmediato al buscador general de Google, el mayor motor de búsqueda de la web, y termina conformándose con los primeros títulos que obtiene, de preferencia si están en español y en formato PDF. Conseguir una información médica de alta calidad científica por Google en el primer intento es comparable a encontrar una aguja en un pajar en menos de dos segundos.

Hoy en día, tal como se publicó en una editorial,³⁷ Internet es una herramienta fundamental para conseguir información; sin embargo, si no se realiza una búsqueda racional será como ingresar con los ojos vendados y sin guía a una biblioteca de magnitudes colosales. Existe una voracidad creciente por la búsqueda de información; sin embargo, las fuentes de información, bases de datos y contenidos, son absolutamente heterogéneos. Los profesionales ya no tienen que acudir a bibliotecas, hacer fotocopias de revistas ni cargar pesados libros para consultar información, basta una Tablet o un teléfono celular conectados a la Internet. El

problema reside en que la mayor parte de la información, particularmente en lo que a ciencias de la salud se refiere, se genera en diversas fuentes no siempre verificables, seguras ni estandarizadas. La mayor cantidad procede de websites no académicos y de carácter comercial, tales como magazines, laboratorios farmacéuticos, foros de salud, estilo de vida saludable, nutrición, estética y belleza; diarios online y blogs, entre muchos otros; en tanto que aquellas bases de datos o motores de búsqueda que constituyen herramientas científicas valiosas para el profesional de la salud, son a menudo poco o mal utilizadas, incluso desconocidas para muchos.

Entre las grandes bases bibliográficas médicas *online* tenemos a MEDLINE, la misma que constituye la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. con más de 26 millones de referencias a artículos de revistas en ciencias de la vida, donde se citan más de 5,000 revistas médicas de todo el mundo en más de 40 idiomas. MEDLINE es la mayor fuente bibliográfica de artículos en ciencias biomédicas que tenemos al alcance, pues incluye todos los tópicos relacionados con la ciencia de la salud, tales como salud pública, medio ambiente, prevención, epidemiología, genética, anatomía, fisiología, bioquímica, patología médica y quirúrgica, tecnología, equipos, ciencias biológicas, ciencias físicas, ciencias sociales, educación, nutrición, farmacología, industria farmacéutica, humanidades y ciencias de la comunicación. La búsqueda en MEDLINE se realiza a través de la vía PubMed y solo se puede hacer en inglés, lo cual ya representa un obstáculo para aquellos que no tienen conocimiento de dicho idioma.³⁸

Otra gran base de datos de ciencias médicas que apareció fue “Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud” (LILACS), a la cual se ingresa a través de la Biblioteca Virtual en Salud (Biblioteca Regional de Medicina - BIREME: www.bireme.br/), que incluye otras fuentes de información en ciencias biomédicas, como el catálogo de la Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS), catálogo de guías clínicas internacionales y a los artículos publicados que se encuentran en Scientific Electronic Library Online (SCIELO www.scielo.org) que incluye revistas médicas indexadas

de los países de hispanoamérica, incluidos España, Portugal y Brasil. También se cuentan con bases de datos que contienen información médica basada en evidencia, es decir artículos realizados con rigurosa metodología científica, tales como la Biblioteca Cochrane (contiene revisiones sistemáticas y metaanálisis altamente estructurados), revistas del Grupo Británico BMJ (British Medical Journals), entre ellas: Postgraduate Medical Journal (PGMJ), Evidence-Based Mental Health (EBMH), Evidence-Based Medicine (EBM) y las bases de guías clínicas como: Trip Database, The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) y la National Guideline Clearinghouse, que contiene guías clínicas basadas en evidencia de las principales sociedades de médicas de EE.UU y Canadá. Así mismo, también existe la base de datos del “Health Inter Network Access to Research Initiative” (Hinari: www.who.int/hinari/es/) programa establecido por la OMS en alianza con las casas editoriales que facilita el acceso a una de las más extensas colecciones de literatura biomédica y de salud; contiene 20,000 revistas y 63,000 libros electrónicos, disponibles para más de 120 países.

Internet también ofrece el acceso a la información médica de todos los organismos científicos de todo el mundo, como el Instituto Nacional de Salud de los EE.UU, el Centro de Control de Enfermedades (CDC), la Food and Drug Administration (FDA), sociedades o asociaciones de todas las especialidades médicas, universidades, centros de investigación, ministerios de salud y toda entidad pública o privada relacionada con las ciencias de la salud en general.^{39,40}

Se ha afirmado y demostrado la vital importancia de la Internet como herramienta de información científica para los profesionales de la salud, de ahí que es absolutamente necesario que toda organización o institución de salud, fomente el conocimiento y uso racional de este recurso para el desarrollo profesional de sus integrantes. Al respecto, se ha manifestado que la Internet constituye un recurso fundamental en la estrategia de la gestión del talento humano en el campo de la educación, administración del conocimiento y comunicación, en el sentido de

una filosofía administrativa que combina la administración proactiva del conocimiento con una cultura de aprendizaje organizacional destinada al cultivo del capital intelectual y el logro de los objetivos de la institución.⁴¹

1.1.2.6 Prescripción y errores médicos

Buenas prácticas y calidad de prescripción

La prescripción de fármacos es una actividad médica común en la prevención, control y tratamiento de los problemas de la salud en todo el mundo. Por tanto, es importante que las prescripciones sean de calidad a fin de obtener resultados que satisfagan tanto los objetivos del médico como del paciente. Se considera que una prescripción de calidad es aquella que consigue la máxima efectividad con el mínimo de riesgos y costos, y que al mismo tiempo respeta la conveniencia y elección del paciente. Al respecto, se ha manifestado que la receta médica es un documento legal por medio del cual los médicos indican o prescriben la medicación que un paciente requiere como parte del tratamiento de una dolencia o enfermedad específica, y que mediante este documento se realiza la dispensación de los medicamentos por parte del farmacéutico.⁴²

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1985 definió que «el uso racional de medicamentos requiere que los pacientes reciban las medicaciones apropiadas a sus necesidades clínicas, a una dosificación que satisfaga sus requerimientos individuales por un período adecuado de tiempo y al costo más bajo para ellos y para su comunidad». En ese sentido, el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción del Ministerio de Salud⁴³ ha señalado que la prescripción médica es un acto que requiere de conocimientos, experiencia profesional, habilidades específicas, gran sentido de responsabilidad y una actitud ética. Además, que el médico deba manejar siempre una información actualizada e independiente y con la destreza necesaria, ser capaz de identificar los problemas del paciente que le permita seleccionar un esquema terapéutico adecuado. Así mismo, manifiesta que en el acto de la prescripción se toma una decisión bajo la influencia de factores, tales como: normativas regulatorias, industria farmacéutica, educación y factores socioeconómicos. Respecto a la educación, el mismo manual manifiesta que la

formación adecuada en terapéutica médica, iniciada en el período de pregrado, continuada en el postgrado y actualizada a lo largo de la vida profesional, es el capital necesario para que el médico se encuentre en condiciones de tomar decisiones terapéuticas de calidad.

En los estudios de pregrado los programas educativos están orientados a la enseñanza de la farmacología descriptiva, con escasa relación en el uso práctico de los medicamentos dentro de la práctica clínica con pacientes de la vida real; en tanto que, en el postgrado, las distintas especialidades médicas observan que los aspectos relacionados con el uso de los medicamentos no han sido incorporados en forma sistemática a sus currículos de estudios y se ven obligados a asistir a cursos de actualización y a recurrir a la Internet para tener acceso a bases de datos con validez académica y científica. Por tanto, la educación médica continua es uno de los factores de impacto en la búsqueda de una prescripción correcta, acorde a lo recomendado por la OMS y el Minsa. Una prescripción de calidad es aquella que consigue la máxima efectividad, minimiza riesgos y costes, y al mismo tiempo respeta la conveniencia y elección del paciente.

Cuando el médico está frente a un paciente que demanda una prescripción médica en base a un diagnóstico de sospecha o de certeza, la decisión terapéutica dependerá, además de su experiencia y conocimiento del paciente, de la información que maneje al respecto. Probablemente, aquellos que estén familiarizados con guías clínicas idóneas, consensos, publicaciones científicas actualizadas, entre otros, tendrán mejores elementos de juicio y soporte suficientes para emitir una prescripción más acertada y con el menor margen de error. La Guía de la Buena Prescripción, publicado por la OMS,⁴⁴ recomienda que el médico debe mantenerse siempre bien informado y para ello contar con un inventario de fuentes de información, como manuales de terapéutica, compendios de farmacología, catálogos de medicamentos comerciales y revistas médicas; así como aprovechar la Internet a fin de tener acceso a las más importantes bases de información científica. La misma guía manifiesta que obtener información de los medicamentos sólo a través de la literatura que entregan los laboratorios farmacéuticos,

puede resultar contraproducente porque se trata de una información comercial, sesgada y hecha a la medida del prescriptor. En sentido similar, obtener información sólo por opinión de expertos, tutores, jefes o compañeros de trabajo, puede generar sesgo, desinformación e incrementar el riesgo de error. La Guía para Prescripción y Manejo de Medicinas y Dispositivos del Reino Unido,⁴⁵ recomendó el uso de dispositivos electrónicos y otros sistemas que puedan mejorar la seguridad de la prescripción, por ejemplo, poniendo énfasis en interacciones y alergias, compatibilidad de medicamentos suministrados y la normativa de regulación de medicamentos. Que señalan. las agencias de seguridad y alertas.

En nuestro medio, el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción del Minsa⁴⁶ recomendó que la receta debe contener siempre los siguientes datos:

- Nombre, dirección y teléfono del prescriptor.
- Consignar título y número de colegiatura profesional del prescriptor. Estos datos deben figurar en forma impresa, sellada o en letra legible.
- Nombre, dirección y teléfono del paciente. En casos de niños y ancianos, es conveniente consignar la edad del paciente.
- En el caso de recetas de fármacos sometidos a fiscalización sanitaria debe consignarse el número DNI del paciente, y para extranjeros, número de pasaporte o carné de extranjería.
- Nombre del o los medicamentos prescritos, consignando obligatoriamente su Denominación Común Internacional (DCI), y de forma opcional, el nombre de marca, si el prescriptor lo considera necesario.
- Concentración del principio activo. Se deben usar las abreviaturas internacionalmente aceptadas: g (gramo), mL (mililitro), mg (miligramo). Trate de evitar los decimales y, si es necesario, escriba la totalidad de cada palabra para evitar malentendidos. Por ejemplo, escriba 50 microgramos de levotiroxina, y no 0,050 mg o 50 mg;
- En la prescripción de fármacos sometidos a controles especiales es más seguro escribir la concentración, forma farmacéutica y la cantidad total en palabras;

- Forma farmacéutica y cantidad total: utilizar sólo abreviaturas corrientes que sean conocidas por el farmacéutico.
- Lugar y fecha de prescripción y de expiración de la receta;
- Firma habitual y sello del médico prescriptor.
- Información dirigida al farmacéutico que el prescriptor estime conveniente.
- Indicaciones para el paciente y/o acompañante.

El esquema terapéutico elegido no significa, necesariamente, prescribir un medicamento. Puede ser que el paciente requiera otro tipo de indicaciones, como medidas dietéticas, ejercicios y/o cambio de hábitos inapropiados. La receta deberá escribirse con letra clara y legible, que pueda ser interpretada por todos a fin de evitar errores de comprensión.

En el concepto de calidad de la prescripción se deben valorar aspectos sanitarios y sociales; también incluir la adecuación del medicamento prescrito y su dosis a la indicación terapéutica correspondiente, determinada por el correcto planteamiento de diagnósticos y problemas de salud que presenta el paciente. Por tanto, la calidad de la prescripción implica tres aspectos complementarios: calidad del diagnóstico, calidad de la prescripción farmacológica y adecuación del medicamento a la indicación autorizada. Al respecto, Martínez y col.⁴⁷ realizaron un estudio para determinar los factores influyentes en la calidad de la prescripción a fin de analizar el gasto farmacéutico generado por las recetas prescritas a una población de pacientes de atención primaria. Ellos encontraron que existía una correlación estadísticamente significativa entre los médicos que generaban un menor gasto farmacéutico y que al mismo tiempo ofrecían mayor calidad de la prescripción, detectando que los uno de los factores más influyentes en el gasto farmacéutico era el elevado uso de medicamentos novedosos que no aportaban mejoras terapéuticas. Así mismo, los autores señalan que, más allá del precio de los medicamentos, la atención debería enfocarse en la cantidad de medicamentos dispensados, la calidad y adecuación de los tratamientos, tanto por defecto como por exceso, el costo derivado del fracaso terapéutico (medicación errónea, insuficiente cumplimiento terapéutico,

prolongación inapropiada del tratamiento, etc.), y los efectos adversos que pueden producir los nuevos medicamentos.

Se ha recomendado que para la realización de una prescripción de calidad se requiere la adecuación de diversos factores que modulen la selección y el uso de los medicamentos; para lo cual es necesario la formación continua en terapéutica y organizar actividades de farmacovigilancia, además de contar con un profesional médico bien informado, en capacidad clínica de prescribir la terapéutica correcta en forma personalizada y al menor costo posible. En este sentido, se ha definido a la buena prescripción como aquella que cumple los siguientes objetivos: maximizar la efectividad; minimizar los riesgos; minimizar los costos, y respetar la opinión del paciente.⁴⁸

Errores médicos

El error médico ha sido definido como el fracaso para alcanzar un objetivo previsto (error de ejecución), o el uso de un plan erróneo o incorrecto para alcanzar una meta (error de planeamiento).⁴⁹ De ahí que el error -prevenible con frecuencia- puede darse en cualquier etapa entre la interacción del médico (o institución de salud) con el paciente, es decir: durante el proceso de diagnóstico; durante el tratamiento, y durante la prevención. Incluso las fallas de equipos, trámites administrativos erróneos y hasta la mala relación médico-paciente/familiares, también se consideran errores médicos.^{50,51}

Debe tenerse en cuenta que la denominada iatrogenia, que es la alteración que se produce en el paciente a consecuencia del acto médico, no siempre es un error. Pues se considera iatrogenia necesaria aquella que produce efectos esperados y se actúa con el criterio riesgo/beneficio, como, por ejemplo, el dolor que produce una inyección intramuscular o los efectos adversos de un medicamento que está bien indicado y se ajusta a la necesidad del paciente. Sin embargo, una iatrogenia es innecesaria cuando causa un daño innecesario a consecuencia de un acto negligente o de malapraxis que pudo evitarse, y en este caso sí constituye un error médico. En este extremo, la negligencia, o el acto negligente, es el incumplimiento de principios elementales o de normas de la profesión, con conocimiento de causa, donde el médico hace algo

sabiendo que no lo debe hacer o deja de hacer o lo hace a destiempo. La negligencia induce al error y puede ocasionar consecuencias leves hasta hechos tan graves como la muerte del paciente.⁵²

La categorización de la gravedad del error propuesto por el Consejo Nacional de Coordinación para Informes y Prevención de Errores de Medicamentos⁵³ y modificado por Forrey y col.⁵⁴ en el 2007, se clasificó en seis categorías:

- Ausencia de error.
- Error que no alcanza al paciente.
- Error sin daño pero que podría llegar al paciente y requiere monitoreo para evitar daños.
- Error que podría provocar un daño temporal.
- Error que podría provocar un daño permanente, y
- Error que podría conducir a la muerte.

Diversos estudios^{55,56} han concluido que cuando la prescripción médica que no se ajusta a las verdaderas necesidades del paciente se constituye en un error médico. Las variables son diversas: error en el tipo de medicamento, es decir, cuando éste no es el que el paciente necesita, errores en la dosis, en la vía de administración y en el tiempo de dosificación; errores por omisión o por exceso (lo cual induce a la falla terapéutica o a la polifarmacia), error en asociar medicamentos que producirán interacciones medicamentosas; error en la confección de la receta con letra ilegible, abreviaturas o símbolos para expresar dosis, lo cual puede inducir al error por parte del dependiente de farmacia en darle al paciente un medicamento por otro y al paciente en el cumplimiento de la dosis; error en la no advertencia de efectos adversos u otras consideraciones que puedan llevar a la falta de adherencia al tratamiento por parte del paciente, entre otros. También es importante señalar que la inadecuada (o ausencia) indicación de terapia no-farmacológica complementaria, referido a las recomendaciones higiénico-dietéticas, cambio de hábitos, actividades especiales, terapia física, entre otras, también puede tener un efecto negativo en el paciente y considerarse error médico.

Se ha encontrado que la mayoría de errores médicos se

producen principalmente durante la prescripción, y en menor proporción durante los procesos de admisión hospitalaria, transcripción y dispensación de medicamentos. Dean y col.⁵⁷ realizaron un estudio de consenso mediante la Técnica Delphi y encontraron que la definición de error tiene dos aspectos: errores en el proceso de decisión (prescripciones erróneas de la forma farmacéutica, concentración, ruta de administración, intervalo, dosis y velocidad de infusión), y errores en la redacción de la receta, tales como ilegibilidad u omisión de uno o más de los componentes de la receta (nombre del paciente, fecha, forma farmacéutica, concentración, vía de administración, intervalo de dosis. Ante esta circunstancia se genera de manera no intencional una reducción significativa en la probabilidad de que el tratamiento sea oportuno y efectivo y/o se incrementa el riesgo de daño comparado con la práctica generalmente aceptada.

Una revisión sistemática⁵⁸ sobre la prevalencia, incidencia y naturaleza de los errores de prescripción en pacientes hospitalizados (publicaciones desde 1985 al 2007), encontró que, en general, los errores de prescripción son una ocurrencia común que afecta al 7% de los pedidos de medicamentos, el 2% de los días de pacientes y al 50% de las admisiones hospitalarias. La publicación también manifestó que la dosis incorrecta fue el error más común y que los errores más comunes ocurrieron en la prescripción de antimicrobianos.

Tamayo y col.⁵⁹ estudiaron 4055 prescripciones médicas. Encontraron abreviaturas en el 38% y símbolos no recomendados, así como indicación de drogas nuevas irrelevantes y otras de bajo valor terapéutico. Olivera⁶⁰ concluyó en su tesis que la mayoría de médicos desconocían las consecuencias de expedir recetas médicas con errores y que, además, tenían poco interés para elaborar recetas completas. En ese sentido, otro estudio⁶¹ halló una alta frecuencia de prescripción de asociación de medicamentos con alto potencial de interacciones medicamentosas, para lo cual recomendaban hacer una selección cuidadosa de alternativas terapéuticas y al mismo tiempo realizar el monitoreo destinado a la detección temprana de eventos adversos. De otro lado, la prescripción de polifarmacia (indicación para consumir más de tres

fármacos diarias en forma simultánea) es frecuente, y de mayor riesgo, en los adultos mayores. Situación que demanda el enfoque de estrategias adecuadas para prevenir este tipo de prescripción.⁶²

Álvarez y Del Águila,⁶³ en un estudio donde analizaron 4224 recetas procedentes de 11 establecimientos de salud de Lima, encontraron altos porcentajes de deficiencia en diversos datos de la prescripción y concluyeron que el implementar y ejecutar estrategias de intervención para mejorar la prescripción médica tendría un impacto positivo para disminuir los problemas relacionados a los medicamentos. En ese aspecto, un estudio de intervención realizado por Rausell y col.⁶⁴ encontró que la calidad de prescripción mejora cuando los médicos reciben mensualmente información de los indicadores cualitativos de sus propias recetas, debido a que la misma puede corregir hábitos de prescripción y así prevenir errores.

Se han planteado cuatro opciones⁶⁵ para reducir o prevenir los errores en la prescripción médica: promover acciones educativas sobre prescripción segura; incorporar sistemas de alerta computarizados en la práctica clínica; implementar el uso de herramientas para guiar la prescripción de medicamentos; y alentar la atención del paciente por un equipo multidisciplinario incluida la participación de un farmacéutico.

Habiéndose reconocido a la prescripción manual como un punto vulnerable en la seguridad de los medicamentos por el riesgo de anotaciones ilegibles, incompletas o incorrectas, así como errores de interpretación y transcripción, diversos estudios^{66,67} coincidieron en que la prescripción electrónica disminuye los errores en la identificación, prescripción y transcripción del tratamiento farmacológico, y por tanto contribuye a mejorar la calidad y la seguridad de la farmacoterapia. Al respecto, Borges y col.⁶⁸ encontraron en un estudio que la implementación de sistemas de prescripción electrónica ha mejorado el proceso de prescripción y contribuye a reducir la frecuencia de errores, pero que, sin embargo, debe tenerse en cuenta los nuevos errores que pueda generar este nuevo sistema a fin adoptar medidas de prevención una vez implementado el sistema

Impacto del nivel de información en la terapéutica médica

La terapéutica racional es el conjunto de decisiones y acciones que, sobre la base de un correcto diagnóstico e identificación de los problemas del paciente, involucra los siguientes aspectos: la consideración de las medidas no-farmacológicas, la determinación de usar o no medicamentos y, en caso de ser necesario, una incorrecta selección de estos agentes terapéuticos, la elaboración de un apropiado régimen de dosificación, seguido de instrucciones claras y completas para facilitar el cumplimiento de la terapia, y un adecuado seguimiento o monitoreo de la evolución del paciente. En este sentido, según el Manual de Buenas e Buenas Prácticas de Prescripción del Minsa,⁶⁹ el proceso de la terapéutica racional consiste en: definir el o los problemas del paciente; especificar el o los objetivos terapéuticos; diseñar un esquema terapéutico apropiado para el paciente (personalizado); iniciar el tratamiento a través de una receta legible y bien estructurada; brindar información, instrucciones y advertencias al paciente y supervisar la evolución del tratamiento indicado.

De otro lado, cuando se va a prescribir un medicamento nuevo, es absolutamente necesario que el médico tratante esté enterado de la información farmacológica del producto, los ensayos clínicos que permitieron su autorización para uso en humanos, efectos adversos, contraindicaciones, seguridad, eficacia comparativa con productos similares y costos. Al respecto, Kamarudin y col.⁷⁰ en una revisión sistemática sobre la intervención educativa para mejorar la prescripción, señalaron que pueden aplicarse dos modelos de intervenciones educativas: la prescripción por competencia y la prescripción por performance o por resultados. Así mismo, concluyen que la Guía para la Buena Prescripción de la OMS, tiene la mayor cantidad de evidencia para apoyar su uso y es un modelo prometedor para el diseño de cursos de prescripción dirigida.

Durante muchos años la práctica médica se ha fundamentado mayormente sobre la experiencia y el juicio personal. En las últimas décadas esto ha cambiado de manera radical, debido a la incorporación del conocimiento científico en la práctica clínica, a la práctica de la medicina basada en evidencia y a la capacidad

evaluadora y crítica del manejo de la información médica. El auge y crecimiento de la ciencia, la innovación biomédica, el desarrollo de la Internet y aplicaciones afines que permiten el uso de gran cantidad de información en la toma de decisiones clínicas, así como el insospechado avance en las comunicaciones y en la tecnología de la información, han modificado la forma en la que los médicos de hoy en día se enfrentan a los múltiples problemas del ejercicio de su profesión.⁷¹ La alta necesidad de la información para resolver los dilemas que plantea a diario la consulta clínica, ha generado una verdadera revolución en el campo de la tecnología de la información en el campo de la salud. Por una parte, es posible disponer de la información necesaria en el lugar de la atención y a partir de ésta, destacar la información a la que se puede acceder a través de las fuentes online disponibles en la propia consulta, es decir: donde y en qué momento se precisa.^{72,73}

La gestión del talento, y evaluación del mismo, en los profesionales médicos, no solo ha permitido el mayor desarrollo personal y profesional de los mismos, sino una mejor atención de los pacientes en todos sus aspectos. En el campo de la salud es de suma importancia que, más allá de la actualización en información científica, los programas educativos incluyan la práctica de una medicina humanizada, cálida, oportuna y en forma personalizada.

1.1.3 Investigaciones

1.1.3.1 Investigaciones nacionales

Ruiz Villavicencio, Ricardo (2019). Realizó una investigación con el objetivo de determinar si la Gestión del Talento Humano está relacionada con los niveles de Desempeño Laboral de los trabajadores de las Empresas Industriales Medianas y Grandes de Lima Metropolitana. La población está integrada por los gerentes y administradores de medianas y grandes que trabajan en las empresas industriales de Lima Metropolitana, que en su conjunto integraron 731 trabajadores. La muestra final para la investigación fue de 252 trabajadores de las Empresas Industriales Medianas y Grandes de Lima Metropolitana. La técnica utilizada en la recolección de datos fue la encuesta. La investigación abordó la importancia de una buena gestión de la gestión del talento humano

para garantizar el desempeño laboral. El estudio mostró que la gestión del talento humano está positivamente relacionada con el desempeño laboral de los trabajadores.⁷⁶

Injante Ibazeta, Bertha (2019). Estudió los errores de prescripción que se presentaron en las recetas de pacientes hospitalizados del servicio Traumatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en julio-agosto 2019. El estudio fue de tipo descriptivo observacional y retrospectivo. Se revisaron 1374 recetas médicas, de julio a agosto del 2019, y luego analizadas para detectar los errores haciendo uso de una lista de chequeo basado en el Manual de Buenas prácticas de prescripción del Ministerio de Salud del Perú. De las recetas revisadas se tuvo que 81,44% presentaron errores de prescripción. La frecuencia de los errores de prescripción encontrados en el servicio de traumatología fue: DCI (11,21%), concentración del medicamento (4,0%), frecuencia de administración (8,22%), vía de administración (14,12%), forma farmacéutica (19,87%), medicamentos prescritos que no se encuentran incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) o en Petitorio institucional (7,13%). De las 1374 recetas se encontró que 71,47%, un porcentaje muy alto, presentaban errores de prescripción relacionado con la letra ilegible. Concluyeron que existía un alto porcentaje de errores en la práctica de prescripción.⁷⁹

Segura Hospina, José Lázaro (2019). Evaluó los errores de prescripción en recetas única estandarizadas de pacientes no asegurados, atendidos en el Hospital Vitarte (MINSa) durante el periodo de enero a junio del 2019. El tipo de investigación fue descriptiva, retrospectiva y transversal, con diseño metodológico observacional y cuantitativo. Se analizó una muestra de 1000 recetas donde 53,5% (535 recetas) tenían errores de prescripción; siendo el médico prescriptor de esta mala práctica en 48,2% y error de prescripción en medicamentos controlados con 22,8% de acuerdo a muestra analizada. Los prescriptores del servicio de Emergencia incurrieron en estos errores en 39,3%; seguido de la consulta externa con 29,0%; hospitalización con 17,8% y centro quirúrgico con 13,9%. Además, se evidenciaron recetas que consignaron errores de prescripción en legibilidad con 23,4%; en indicaciones - posología 21,9%; en Denominación común

internacional (DCI) 15,3%; vía de administración 12,7%; diagnóstico y CIE10 11,6%; concentración - forma farmacéutica 8,0% y datos del paciente 7,1%. Concluyeron que fue considerablemente alto el porcentaje de errores de prescripción en pacientes noasegurados.⁸⁰

Polleri Galdos, Rolando Mario (2018). Su investigación tuvo como objetivo determinar el impacto de la gestión del talento humano en el desempeño laboral de los trabajadores en los institutos públicos Superiores de Capacitación Técnica de Lima Metropolitana. Se utilizó el método descriptivo y un diseño no experimental para alcanzar este objetivo. Al calcular el tamaño de la muestra, finalmente se encuestó a 214 personas. Finalmente, se concluyó que la gestión del talento humano tiene un impacto directo en el desempeño laboral de los trabajadores en las Instituciones de Capacitación Técnica Pública de Lima Metropolitana.⁷⁷

Mayra Begazo Ponce de León (2018). La investigación tuvo como propósito identificar y describir las buenas prácticas en gestión del talento de tres empresas del sector construcción en el Perú durante el año 2017. La investigación fue exploratoria, de enfoque cualitativo, diseño transversal y alcance descriptivo. Se detectaron cuatro prácticas que generan buenos resultados en las organizaciones: (a) mejora continua de procedimientos de captación y retención basada en un sistema integrado de referenciade talentos alineado a la cultura organizacional; (b) estructura horizontal de comunicación que fortalece el trabajo en equipo; (c) buena política de remuneraciones y beneficios; y (d) adecuado clima organizacional que se viene sosteniendo a lo largo del tiempo. Recomendaciones: estandarizar prácticas de planeamiento estratégico del proceso de la gestión del talento, mantener la comunicación constante entre colaboradores y el personal de dirección; y fortalecer las prácticas involucradas en los subprocesos de gestión de talento.⁷⁸

Carmen Campos-Caicedo (2018). El objetivo del estudio fue estimar la frecuencia de recetas médicas con información completa que se entregan en consulta externa de dos hospitales. Estimar la proporción de pacientes que no comprendían la receta médica en consulta externa de dos hospitales. El estudio fue descriptivo,

observacional y cuantitativo. Participaron 635 pacientes de consulta externa del Hospital Regional Docente Las Mercedes y Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo². Resultados: el 100% de las recetas tenían algún tipo de omisión. El 52,60% del total de los pacientes no entendieron la letra del prescriptor en la receta, las que sirvieron para evaluar la comprensión de la información de la receta resultando que solo el 1,10% de todos los pacientes comprendieron completamente la información acerca de su tratamiento. Conclusiones: El total de las recetas evaluadas presentó información incompleta, por tal motivo, un bajo porcentaje de pacientes comprendieron el contenido de las recetas, produciendo un gran desconocimiento por parte de los pacientes acerca de sus tratamientos.⁸¹

Carrasco Taco, Jimmy (2016). Su investigación buscó determinar la relación que existe entre la gestión del talento humano y el desempeño laboral de los trabajadores administrativos de Oncosalud S.A.C, en el año 2016. El estudio se aplicó a 130 de trabajadores de todas las jerarquías. El estudio buscó medir la relación existente entre la gestión del talento humano y el desempeño laboral de los trabajadores administrativos a través de una encuesta con seis dimensiones: Planificación del talento humano, Sistemas administración de recursos humanos, Clima organizacional, Productividad, Competencias y Satisfacción laboral. Se comprobó que la planificación del talento humano influye positivamente en la productividad de los trabajadores, que el sistema de administración de recursos humanos influye significativamente en el desarrollo de competencias de los trabajadores y, así mismo, el clima organizacional influye positivamente en la satisfacción laboral de los trabajadores administrativos de Oncosalud S.A.C.⁷⁴

Valentín Rodríguez, Hugo (2016). Realizó un estudio para determinar de qué manera la gestión del talento humano influía en el desempeño laboral del personal de la Red de Salud Huaylas Sur, 2016. Para su desarrollo se utilizó el tipo de estudio no experimental transversal, de nivel explicativo, debido a que la investigación se realizó sin la manipulación deliberada de las variables. La población de estudio estuvo conformada por el personal asistencial y

administrativo del ámbito de la Red de Salud Huaylas Sur, en un número de 161 personas, a quienes se les aplicó la encuesta sobre gestión del talento humano y desempeño laboral. Según las pruebas estadísticas, se concluyó que el nivel de influencia de la gestión del talento humano en el desempeño laboral del personal de la Red de Salud Huaylas Sur, es altamente significativa.⁷⁵

1.1.3.2 Investigaciones internacionales

López Puig, P, Díaz Z. (2017). La investigación evaluó la gestión del talento humano en un área hospitalaria del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos, Cuba. La muestra, intencional por criterios, quedó integrada por 32 trabajadores. Se aplicó un cuestionario vinculado a la: evaluación del desempeño, motivadores para el anclaje laboral, predictores de práctica exitosa, cultura organizacional y estilo de liderazgo. Resultados: Predominaron juicios de valor positivos alrededor de la gestión del talento. Existían reservas de mejora para la evaluación de la gestión del conocimiento en los trabajadores y las necesidades de autorrealización. El 78,1% cuestionó su grado de inteligencia. Los recursos fueron una limitante para el desarrollo del talento. La mayoría consideró que recibían recompensas precarias por su esfuerzo y que los directivos desplegaban una gestión bien enfocada al desarrollo del talento. Concluyeron que la percepción sobre la gestión del talento humano en la institución era positiva, aunque existían reservas de mejora identificables.⁸²

Grou Volpe CR y col. (2016). Compararon las prescripciones electrónicas y manuales de un hospital público de Brasilia, identificando factores de riesgo para la ocurrencia de errores de medicación. El estudio fue descriptivo-exploratorio, comparativo y retrospectivo. Un total de 190 registros manuales y 199 electrónicos componen la muestra, con 2027 prescripciones cada uno. En comparación con la prescripción manual, se observó una reducción significativa de los factores de riesgo tras la implantación de la prescripción electrónica. En general, el uso del sistema de prescripción electrónica se asoció con una reducción significativa de los factores de riesgo de errores de medicación, en los siguientes aspectos: ilegibilidad, prescripción con marca y presencia de

elementos esenciales que brinden una prescripción segura y efectiva.⁸⁶

Carlos A. Agudelo-Calderón, Juan C. García-Ubaque (2015). Realizaron un estudio a fin de caracterizar la formación, ejercicio y desempeño del talento humano que labora en salud ambiental en Colombia. Método: Revisión documental y de bases de datos, encuestas y entrevistas semiestructuradas. Resultados: Aproximadamente el 70 % de los profesionales que laboraban en el área de salud ambiental estaban formados en administración en salud, ingeniería de alimentos, ingeniería ambiental, ingeniería sanitaria, medicina veterinaria y química farmacéutica. El 63 % de los tecnólogos tenía formación en saneamiento ambiental. Solo un 20 % de las instituciones educativas encuestadas aplicaba el enfoque por competencias para la formación de sus estudiantes. Concluyeron que el talento humano que laboraba en salud ambiental estaba concentrado en actividades de atención primaria (inspección, vigilancia y control) y que existía una gran dispersión en los procesos y en las competencias tanto en los profesionales como en los tecnólogos.⁸⁵

Molina-Marím, Gloria; Oquendo-Lozano, Tatiana (2014). Realizaron un estudio con el objetivo describir las condiciones laborales del personal de salud vinculado a programas de salud pública. El estudio fue descriptivo y de corte transversal a una muestra representativa de 672 personas vinculadas a instituciones de salud habilitadas por el Ministerio de Salud en el 2013, que proveían servicios y programas de salud pública. Los hallazgos sugirieron que la mayor parte del personal vinculado a servicios y programas de salud pública tenía formación en medicina, enfermería y odontología, condiciones laborales problemáticas - dado que predomina la contratación de corto plazo- y la cobertura en capacitación en salud pública era baja. La mayor idoneidad en salud pública de los encuestados se asoció con haber aprobado el examen de conocimiento para ingresar a la institución y tener evaluación del desempeño. Se evidenció limitación en la formación y en la capacitación y deficientes condiciones laborales del personal que laboraba en los programas de salud pública.⁸³

Hermida Rojas M, Vázquez Martínez C, Roque M. (2012). Realizaron un estudio descriptivo y transversal para determinar el papel de las competencias investigativas en la construcción del talento dentro de las ciencias médicas. Encuestaron a 45 profesionales egresados de la Universidad de Ciencias Médicas, con integralidad y alto rendimiento académico. Se evaluó la aplicación de competencias investigativas según los resultados científicos de estos profesionales. Todos consideraron que la competencia indagativa es primordial en la gestión del conocimiento. La competencia argumentativa fue satisfactoria, por el total de tesis discutidas y los trabajos científicos presentados en eventos nacionales e internacionales. Se concluyó que las competencias investigativas son imprescindibles para evaluar el desempeño de los profesionales con mayor capacidad, compromiso y acción dentro de las ciencias médicas.⁸⁴

Escobar Gimenes F y col. (2010). El objetivo del estudio fue analizar la redacción de la prescripción en errores de dosis ocurridos en unidades de medicina general de cinco hospitales brasileños e identificar las clases farmacológicas involucradas en estos errores. Fue un estudio descriptivo que utilizó datos secundarios obtenidos de un estudio multicéntrico realizado en 2005. En los 1425 errores de medicación hallados y en la muestra de 215 errores de dosis, se encontró que el 44,2% se produjeron en el hospital. Se registró la presencia de siglas y/o abreviaturas en el 96,3% de las prescripciones; ausencia del registro de pacientes en 54,4%; ausencia de posología en el 18,1%; y omisión de fecha en el 0,9%.⁸⁸

1.1.4 Marco conceptual

- **Actitud.** Capacidad y disposición para el buen desempeño o ejercicio de un negocio, de una industria, de un arte, etc.¹²
- **Base de datos.** Conjunto de datos pertenecientes a un mismo contexto y almacenados sistemáticamente para su posterior uso. Constituye una biblioteca compuesta por documentos y textos indexados para su consulta. Internet ofrece en forma virtual la mayor base de datos del mundo.^{39,40}
- **Búsqueda avanzada.** Sistema que restringe los resultados de búsquedas complejas. Ubica la información a través de datos específicos, como fechas,

títulos, autores, palabras claves, entre otras. También puede utilizar los operadores booleanos.^{39,40}

- **CIE-10.** Es el acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, 10.^a edición correspondiente a la versión en español
- **Competencias.** Conjunto sinérgico de conocimientos, habilidades, experiencias, actitudes, motivaciones, características personales y valores, asociada al desempeño eficiente y productivo del trabajador y de la organización. Las competencias son capacidades humanas medibles que se requieren para un desempeño laboral efectivo.^{12,17}
- **Conocimiento.** Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje. Es el saber, como resultado de aprender a aprender de forma continua.¹²
- **DCI.** Nombre común para los medicamentos recomendada por la Organización Mundial de la Salud, con el objeto de lograr su identificación internacional.⁸⁹
- **Dispensación.** Es el acto profesional farmacéutico de proporcionar uno o más medicamentos a un paciente, generalmente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado. En este acto, el farmacéutico informa y orienta al paciente sobre el uso adecuado de dicho medicamento.⁸⁹
- **Error médico.** Fracaso para alcanzar un objetivo previsto (error de ejecución), o el uso de un plan erróneo o incorrecto para alcanzar una meta (error de planeamiento).⁴⁹
- **Fármaco.** Ver Medicamento.
- **Farmacovigilancia.** Conjunto de procedimientos destinados a determinar posible causalidad, frecuencia de aparición y gravedad de eventos ocasionados por el uso de productos en su etapa de comercialización, con la finalidad de establecer medidas que lleven a un uso más racional de los mismos.⁸⁹
- **Gestión.** Conjunto de acciones que se realizan a fin de conseguir uno o más objetivos, o para resolver un problema. A nivel de empresas, se refiere al conjunto de operaciones relacionadas al logro de los objetivos de la administración y de la dirección de la organización.¹²
- **Google.** Motor de búsqueda en Internet perteneciente a la Compañía Google LLC, subsidiaria de la multinacional estadounidense Alphabet Inc., cuya especialización son los productos y servicios relacionados con

Internet, softwares, dispositivos electrónicos y otras tecnologías. Por su enorme amplitud se le denomina meta-buscador.

- **Guía de práctica clínica.** Conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática con información científica basada en evidencia, para ayudar a los médicos en la toma de decisiones a fin de resolver un problema clínico específico.
- **Habilidad.** Se trata del saber hacer. Es la aplicación del conocimiento para resolver problemas y situaciones. Es crear, innovar y transformar el conocimiento en resultados.¹²
- **latrogenia.** Alteración negativa que se produce en la salud del paciente a consecuencia de un acto médico. Es necesaria (cuando ocurre a consecuencia de un acto médico debidamente justificado, bajo el criterio riesgo/beneficio) o innecesario, cuando ocurre por un acto negligente o mala praxis.⁵²
- **Internet.** Red informática mundial, descentralizada, formada por la conexión directa entre computadoras y celulares mediante un protocolo especial de comunicación, a fin de compartir, crear e intercambiar información, incluso en tiempo real.¹²
- **Lectura crítica de la información científica.** Análisis objetivo de una información científica a fin de establecer si fue realizado con metodología científica vigente y comprobar la veracidad y aplicabilidad de sus resultados.⁹⁰
- **Medicamento.** Es aquel preparado farmacéutico obtenido a partir de uno o más principios activos, que puede o no contener excipientes, que es presentado bajo una forma farmacéutica definida, dosificado y empleado para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o estado patológico o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien le fue administrado.⁸⁹
- **Medicina basada en la evidencia.** Práctica de la medicina basada en la integración de la maestría clínica de cada médico (dominio del conocimiento y juicio adquirido por la experiencia) con las mejores pruebas clínicas externas disponibles obtenidas en investigaciones sistemáticas. También ha sido definida como la utilización consciente y juiciosa de las mejores demostraciones provenientes de la investigación clínica para la toma de decisiones en el cuidado de cada paciente.⁸⁹

- **Meta-análisis.** Técnica estadística usada para resumir en un único valor los resultados de dos o más estudios que hayan comparado dos grupos (un grupo intervención y un grupo control).⁹⁰
- **Negligencia médica.** Cuando el profesional de la salud incumple reglas o normas establecidas con conocimiento de causa, a sabiendas de lo que debe o no debe hacer, y que lleva a consecuencias en la salud del paciente desde lesiones leves hasta complicaciones tan graves como la muerte.⁵²
- **Polifarmacia.** Es el consumo diario de múltiples medicamentos, por lo general más de 3, o más de 4, según diversas definiciones.^{62,91}
- **Prescripción.** La prescripción médica es el resultado de un proceso lógico-deductivo mediante el cual el prescriptor, a partir del conocimiento adquirido, escucha el relato de síntomas del paciente, realiza un examen físico en busca de signos, concluye en una orientación diagnóstica y toma una decisión terapéutica. Esta decisión implica indicar medidas como el uso de medicamentos, lo cual es plasmado en una receta médica.⁸⁹
- **Reacción adversa al medicamento (RAM).** Es una reacción nociva y no intencionada que se produce por un medicamento en dosis utilizadas normalmente para la profilaxis, el diagnóstico, el tratamiento de enfermedades o para la modificación de una función fisiológica. La reacción puede ser esperada o inesperada y su impacto puede ser desde leve hasta grave, o letal.⁸⁹
- **Recurso humano.** Empleado o trabajador, también denominado colaborador, que realiza una o más actividades específicas dentro de una organización o empresa. También se considera un capital intelectual.¹³
- **Revisión sistemática.** Estudio secundario que busca responder una pregunta de investigación para lo cual realizan búsquedas exhaustivas de la evidencia disponible (estudios que hayan respondido a dicha pregunta de investigación) y sintetizan los resultados encontrados en dichas investigaciones.⁹⁰
- **Talento.** Capacidad, habilidad o destreza individual que tiene una persona para ejercer una determinada ocupación o desarrollar una actividad sea manual, intelectual o artística.^{12,13}
- **Terapéutica.** Actividad de la medicina que se ocupa del tratamiento de las enfermedades y de la recuperación o rehabilitación del paciente.. Conjunto de prácticas y conocimientos encaminados al tratamiento de dolencias.¹²

CAPÍTULO II: PROBLEMA, FINALIDAD, OBJETIVOS, HIPOTESIS Y VARIABLES

2.1. Planteamiento del problema

2.1.1. Descripción de la realidad problemática

En la era anterior a la Internet la información científica que los profesionales médicos requerían para sus diferentes actividades era muy difícil de obtener. Los campos de la docencia, educación médica y publicaciones, requerían de información que solo podía conseguirse en las bibliotecas, compra de libros y suscripción de revistas. La limitación fundamental era la gran dificultad que había para conseguir información.

Con el advenimiento de la Internet esta situación cambió en forma radical, hoy en día a través de ella se puede conseguir toda clase de información. Los meta-buscadores, como Google, y la gran cantidad de bases de datos que a la fecha existen, han facilitado radicalmente la educación y trabajo del profesional médico. En este rubro, existen meta-buscadores específicos para abordar la información científica y bases de datos que abarcan toda la información de las ciencias médicas publicada, tal como MEDLINE (perteneciente a la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.) a través de su motor de búsqueda PubMed permite el acceso a más de treinta millones de citas bibliográficas procedentes de la base de datos MEDLINE, revistas de ciencias de la vida y de libros electrónicos *online*. Así mismo, hay bases de datos que contienen abundante información médica de alta calidad, tales como UpToDate, Dynamed Plus, MD Consult, ELSEVIER; Hinari, la Biblioteca Cochrane, entre muchas otras, que, sea en forma gratuita o pagada, proveen al médico de abundante información actualizada.^{38,39,40}

Pese a la alta densidad de información que ofrece la Internet, un número significativo de médicos no tiene la habilidad ni conocimiento suficiente para buscar información médico-científica, y si lo hace, no tiene la capacidad suficiente para determinar la calidad de la información encontrada. De esta manera, se desperdicia una gran cantidad de buena información y, por ende, aquellos que no tienen la capacidad de conseguirla, están en desventaja y ven así limitada su educación médica y la utilidad que le puedan dar para la atención de sus pacientes u otros rubros, como la docencia o el campo administrativo. Muchos médicos, solo se limitan a buscar información general en Google, donde es muy difícil conseguir de buenas a primeras una información veraz y de probada calidad científica.

Por ejemplo, si en el buscador de Google se coloca “niño con fiebre”, aparecen 29 millones resultados en 0,4 segundos; en tanto que, si se escribe “child with fever”, aparecen 362 millones de resultados en 0,6 segundos (ejercicio realizado el 07 DIC 2019). De este ejercicio, se pueden desprender *a priori* dos conclusiones: se obtendrá mucha más información cuando la búsqueda es en inglés, comparada al español, y la cantidad de información es tan abundante y heterogénea que, si la misma no se realiza bajo una forma metodológica y racional, lo más probable es que la mayor cantidad de información a la que se acceda no tenga el sustento científico adecuado ni la validez académica requerida. Esta situación, sumada al desconocimiento o no puesta en práctica de la normativa adecuada (Minsa, OMS) para realizar una prescripción médica segura, constituyen factores gravitantes para la aparición de los denominados errores médicos, los cuales pueden aparecer en cualquier etapa de la intervención médica, como prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación.

En una institución de salud el talento debe tener un adecuado programa de evaluación a fin de contar con los datos necesarios que permitan tener estrategias educativas y de desarrollo profesional de su personal de salud, así como para minimizar el riesgo de los denominados errores médicos en todos sus aspectos, principalmente en la etapa de prescripción médica.

La Clínica Delgado de Lima ofrece servicios médicos y quirúrgicos a través de múltiples especialidades médicas. La exigencia de calidad de atención es muy alta, debido a su filosofía y estilo de trabajo, lo cual demanda que los médicos estén en continua actividad de educación médica a través de cursos y congresos, estudios de posgrado (online y presenciales) y diversas actividades académicas que organiza la clínica a través de su Escuela de Salud. Toda esta demanda hace que los médicos usen con alta frecuencia a la Internet como herramienta para conseguir información científica de calidad; sin embargo, no todos tienen esa capacidad y descargan información que muchas veces no tiene alta validez científica, habida cuenta que las descargas a través de meta-busadores para público en general, como Google, los llevará no siempre a fuentes médicas auspiciadas por universidades, instituciones médicas gubernamentales o privadas de reconocido prestigio, revistas indexadas, sino por lo contrario a fuentes de dudosa calidad como websites que sesgan la información con intereses comerciales, o a revistas no indexadas u otras

bases de datos que contienen información sin la validez científica requerida, situación que pone en riesgo la calidad de la atención en los pacientes en cuanto, por ejemplo, plan de trabajo diagnóstico, calidad del tratamiento indicado y otras indicaciones asistenciales que de carecer de suficiente sustento científico, incrementará el riesgo de cometer algún error médico o mala-praxis, con el consiguiente resquebrajamiento de la relación médico-paciente, conflictos legales, pérdida de reputación del médico tratante y daño en la imagen institucional de la clínica. Esta situación planteó la necesidad de una evaluación del talento humano del personal médico a fin de determinar cómo influye en la calidad de prescripción a los pacientes atendidos, y al mismo tiempo evaluar sus habilidades y conocimientos para obtener información científica de calidad a través de la Internet.

2.1.2. Definición del problema

A) Problema general

¿En qué medida la evaluación del talento humano influye en la calidad de prescripción del personal médico?

B) Problemas específicos

1. ¿En qué medida el nivel de conocimientos de normas técnicas influye en la calidad de prescripción médica?
2. ¿Cómo influye el uso de bases de datos de información científica por Internet sobre la calidad de prescripción del personal médico?
3. ¿Cómo influye el conocimiento del formulario de medicamentos de la clínica sobre la calidad de prescripción médica?
4. ¿En qué medida la habilidad para realizar búsqueda avanzada de información científica influye sobre la calidad de prescripción médica?
5. ¿En qué medida la lectura de información con validez científica influye sobre la calidad de prescripción?
6. ¿Cómo influye la comunicación en la calidad de la prescripción médica?

2.2. Finalidad y objetivos de la investigación

2.2.1. Finalidad

Mejorar la calidad de prescripción médica a través de la gestión de evaluación del talento humano y así minimizar el riesgo de errores médicos.

2.2.2. Objetivo general y específicos

Objetivo general

Establecer la influencia de la evaluación del talento humano en la calidad de prescripción del personal médico.

Objetivos específicos

1. Determinar la influencia del nivel de conocimientos de normas técnicas en la calidad de prescripción médica
2. Determinar la influencia del uso de bases de datos de información científica por Internet sobre la calidad de prescripción médica.
3. Determinar la influencia del conocimiento del formulario de medicamentos de la clínica sobre la calidad de prescripción médica
4. Determinar la influencia de la habilidad para realizar una búsqueda de información científica en la calidad de prescripción médica.
5. Determinar la influencia de la lectura de información con validez científica en la calidad de prescripción médica.
6. Determinar la influencia de la comunicación médico-paciente en la calidad de la prescripción médica

2.2.3. Delimitación del estudio

Clínica Delgado de Lima

2.2.4. Justificación e Importancia del estudio

Los resultados del presente estudio permitirán a la gestión del talento humano establecer un plan estratégico destinado a mejorar la prescripción médica por parte del profesional médico que labora en la Clínica Delgado, y, en consecuencia, ofrecer una atención de mayor calidad y con el menor riesgo de error.

2.3. Hipótesis y variables

2.3.1. Supuestos teóricos

Araújo y col.⁶⁵ manifestaron que la política para la prevención de errores en la prescripción, debe dirigirse a la implementación de un programa integral de acciones educativas, talleres y evaluación, en todo el personal involucrado en la prescripción de medicamentos.

Kamarudin y col.⁷⁰ realizaron una revisión sistemática y encontraron que se ha llevado a cabo una amplia gama de intervenciones educativas para desarrollar y mantener la competencia de la prescripción médica.

Ostini y col.⁹² realizaron una revisión sistemática y concluyeron que las estrategias de intervención educativa, auditoría y retroalimentación, mostraron en forma consistente resultados positivos en la prescripción médica.

2.3.2. Hipótesis principal y específicas

Hipótesis principal

El nivel de talento humano de los médicos influye positivamente en la calidad de la prescripción médica.

Hipótesis específicas

1. El nivel de conocimiento de normas técnicas influye positivamente en la calidad de la prescripción médica.
2. La habilidad para realizar búsqueda avanzada de información científica influye positivamente en la calidad de prescripción médica.
3. La actitud en la comunicación médico-paciente influye positivamente en la calidad de la prescripción médica.

2.3.3. Variables e indicadores

Se estableció como variable independiente la evaluación del talento humano, y como variable dependiente la calidad de la prescripción médica o receta. La variable independiente se compone de las dimensiones: conocimiento, habilidad y actitud; y la variable dependiente de las dimensiones: datos de identificación, diagnósticos, medicación prescrita y recomendaciones generales o no farmacológicas.

A cada una de las dimensiones se le otorgaron indicadores correspondientes, tal como se presenta en la tabla siguiente, y que sirvieron de base para la elaboración de las herramientas de recolección de datos.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
VI: Evaluación del talento humano	Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Nivel de conocimiento normas técnicas ● Uso de bases de datos de información científica ● Conocimiento del petitorio farmacológico de la clínica
	Habilidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Búsqueda avanzada de información científica por Internet ● Lectura de información con validez científica
	Actitud en la comunicación médico paciente	<ul style="list-style-type: none"> ● Comunicación
VD: Calidad de prescripción médica	Datos de identificación	<ul style="list-style-type: none"> ● Datos del paciente (nombre, edad, número de historia clínica, DNI) ● Datos del médico (nombre, CMP, especialidad, RNE) ● Fecha y lugar de la receta
	Diagnósticos (s)	<ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico (s) con CIE10
	Medicación prescrita	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre DCI del fármaco ● Presentación y concentración ● Menos de cuatro fármacos prescritos ● Relación con el diagnóstico ● Dosis horaria ● Vía de administración ● Tiempo de tratamiento ● Indicaciones para la administración del medicamento (ayunas, con alimentos, con agua, otra referencia, etc.)
	Recomendaciones generales, o no farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> ● Consejos sobre cambio de hábitos y estilo de vida (dieta, actividad física) ● Otras recomendaciones no farmacológicas (tipo de reposo, tipo de actividad laboral, curaciones, etc.) ● Fecha de próxima cita médica

CAPÍTULO III: MÉTODOLÓGÍA, TÉCNICA, INSTRUMENTOS

3.1. Metodología

3.1.1. Población y muestra

3.1.1.1. Población

La Clínica Delgado de Lima tiene un Staff de 340 médicos, aproximadamente, y para la realización de la presente investigación se consideró a una población de 100 médicos que realizan actividad asistencial en los servicios de consultorio externo, hospitalización y emergencias.

Criterios de inclusión

- Médicos de especialidades clínicas y quirúrgicas que realizan actividad asistencial.
- Médicos que atienden pacientes y expiden recetas médicas bajo el formato electrónico que utiliza la clínica.

Criterios de exclusión

- Médicos de especialidades de apoyo al diagnóstico, como patólogos clínicos y radiólogos.
- Médicos que solo laboran en salas de operaciones y en cuidados intensivos.
- Médicos que sólo tienen labor administrativa.
- Profesionales de la salud de odontología y nutrición.

3.1.1.2. Muestra

- 100 médicos prescriptores
- 100 recetas prescritas

3.1.2. Tipo, nivel y diseño del estudio

Tipo de investigación. Se realizó una investigación de tipo aplicada.

La investigación aplicada tiene por objeto encontrar una solución a un problema inmediato al que se enfrenta una sociedad o una organización. Este tipo de investigación está orientada a mejorar, perfeccionar u optimizar el funcionamiento de los sistemas, procedimientos, normas o reglas tecnológicas, a la luz de los avances de la ciencia y la tecnología.

Nivel: explicativo.

Hernández⁹³ considera que los estudios cuantitativos tienen cuatro tipos de alcances (no de “tipos”): exploratorio, correlacional, descriptivo y explicativo. Los estudios explicativos pretenden establecer las causas de

los sucesos o fenómenos que se estudian. Estos estudios van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su propósito se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables, buscando decir, busca la relación causa – efecto. El valor de las investigaciones de alcance explicativo es que son más estructurados que estudios de otros alcances y, de hecho, implican los propósitos de éstos (exploración, descripción y correlación o asociación); además de proporcionar un sentido de entendimiento del fenómeno al que hace referencia. Se ha establecido que puede alcanzarse un nivel de explicación cuando:

- Se relacionan diversas variables o conceptos y éstos se encuentran vinculados entre sí.
- La estructura de variables presenta correlaciones considerables y,
- El investigador conoce muy bien el fenómeno de estudio.

En conclusión, los estudios explicativos determinan las causas de los fenómenos y generan un sentido de entendimiento.

Diseño de la investigación: *Ex post facto*

Investigación no experimental donde se estudia hechos o fenómenos que ya ocurrieron. A diferencia del estudio experimental, en este tipo de estudio, el investigador no puede ejercer control sobre las variables independientes porque ya acontecieron o porque no son manipulables. Las inferencias acerca de las relaciones entre variables se hacen, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables dependientes e independientes. La investigación "post facto" tiene como objetivo la validación de las hipótesis una vez que el fenómeno ya ha tenido lugar. Por consiguiente, se trata de una búsqueda "retrospectiva" de las posibles causas que han producido el fenómeno estudiado, así como sus consecuencias. Este diseño se utiliza para describir las relaciones existentes entre variables y para determinar si existe una correlación entre ellas, teniendo en cuenta que la correlación no indica causalidad.^{93,94}

M = Oy (f) OX

Oy = Evaluación del talento humano Ox = Calidad de prescripción

(f) = Efecto de la evaluación del talento humano en la calidad de prescripción

3.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para realizar el presente proyecto de investigación se utilizará la técnica de recolección de datos, mediante: encuesta y revisión documentaria (recetas médicas)

Los instrumentos utilizados fueron:

- Cuestionario (formulario de encuesta) aplicada en forma presencial a cada uno de los médicos participantes. (Variable independiente).
- Ficha de registro para recoger los datos de la revisión de recetas médicas, las mismas que fueron recabadas al azar del departamento de farmacología y entregadas por el jefe encargado. (Variable independiente).

3.3. Procesamiento de datos

- Se procesaron los datos que se recogieron con los instrumentos validados con el fin de obtener frecuencias, porcentajes, tablas, figuras (estadística descriptiva)
- Comprobación de hipótesis mediante el uso de pruebas paramétricas y no paramétricas (estadística inferencial)

Análisis de datos:

- La base de datos en Excel fue exportada al paquete STATA versión 14.0 para el análisis bivariado entre las variables independientes y la calidad en la prescripción médica.
- Las variables fueron descritas como frecuencias absolutas y relativas.
- Análisis de variables con la prueba Rho de Spearman, por ser variables cualitativas, con una significancia estadística con un valor $p < 0.01$.

3.4 Consideraciones éticas

Debido a que la presente investigación fue de tipo no experimental, no se ha requerido para su realización la previa aprobación de un comité de ética ni un documento de consentimiento informado por parte de los médicos participantes. Sin embargo, el nombre de los participantes y los resultados -parciales y finales- de la presente investigación fueron manejados con la confidencialidad requerida. Así mismo, la divulgación y el uso de los resultados de la investigación se realizaron dentro del marco ético apropiado.

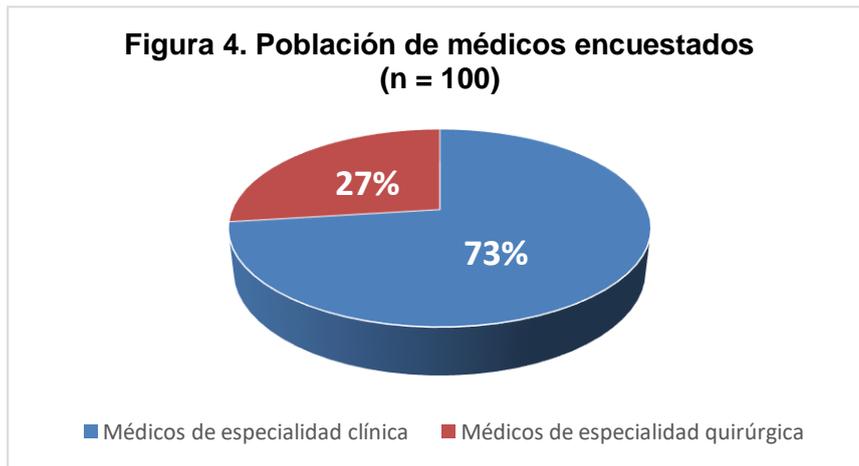
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados

En total se analizaron las encuestas tomadas a 100 médicos y 100 prescripciones médicas correspondientes. El 73% correspondió a médicos que laboran en áreas clínicas (salas de hospitalización y consultorios externos de especialidades médicas) y 27% a especialidades quirúrgicas que también laboran en consultorios externos. (Tabla 1, Figura 4)

Tabla 1. Población médica encuestada

Médicos de áreas clínicas	N (%)
Médicos de hospitalización	18
Pediatría	14
Medicina Interna	9
Gastroenterología	5
Emergencistas	5
Cardiología	4
Oncología	4
Neumología	2
Neurología	2
Endocrinología	2
Reumatología	2
Nefrología	1
Dermatología	1
Medicina de Familia	1
Medicina Física y Rehabilitación	1
Infectología	1
Anestesiología (consultorio del dolor)	1
Subtotal	73 (73 %)
Médicos de especialidades quirúrgicas	
Traumatología	9
Cirugía General	6
Otorrinolaringología	5
Oftalmología	3
Ginecología	2
Urología	2
Subtotal	27 (27%)
Total	100



Respecto al dominio “Conocimiento de Normas”, se encontró que 8 de cada 10 participantes (81%) revisan a veces o siempre las directivas vigentes sobre el llenado de receta médica, y casi 7 de cada 10 participantes (66%) consultan el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción del Minsa. El detalle de los porcentajes correspondientes se observa en la Tabla 2 y en las Figuras 5 y 6.

Tabla 2. Conocimiento de normas

Questionario	Siempre (%)	A veces (%)	Nunca (%)
¿Revisa usted las directivas vigentes acerca del llenado correcto de la receta médica?	26	55	19
¿Consulta el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción del MINSA o de la OMS?	7	58	35

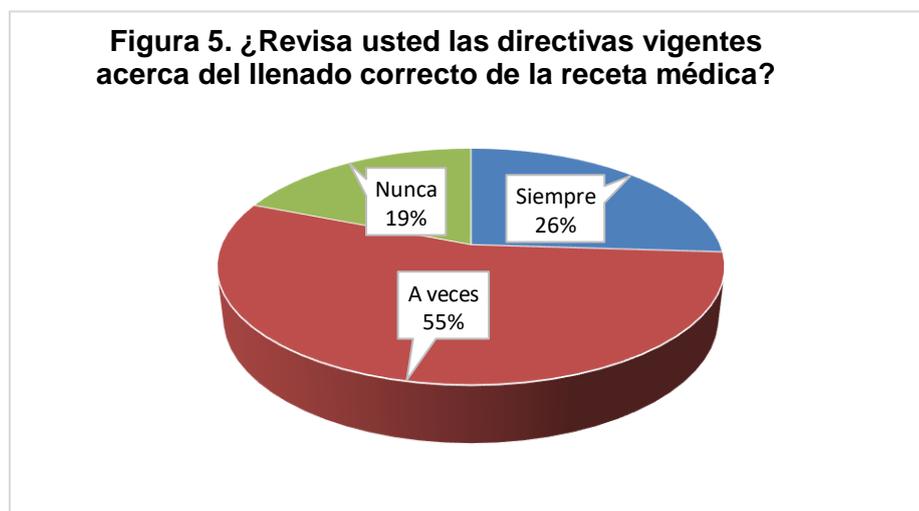
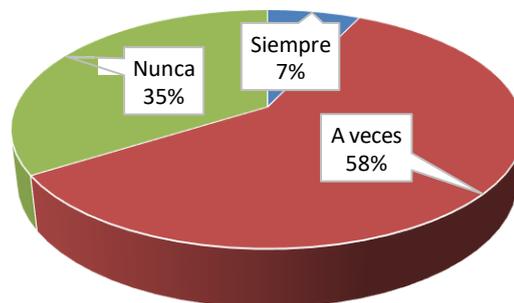


Figura 6. ¿Consulta el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción del MINSA o de la OMS?



En el dominio “Acceso a Bases de Datos de Información Científica por Internet”, todos los encuestados buscaron información por Internet y casi el 100% lo utilizan siempre o a veces para ingresar a bases de datos como MEDLINE, LILACS, EMBASE, ELSEVIER o Hinari, acceder a fuentes de información, como: Medscape, UpTo Date, Dynamed, Micromedex, Biblioteca Cochrane, y para ingresar a bases de datos de Guías de Práctica Clínica de su especialidad. En todos los casos correspondió el mayor porcentaje a la respuesta “siempre”. En tanto que la consulta de información sobre “alertas” respecto a la restricción o retiro de fármacos es realizada por casi el 90% de participantes, pero el mayor porcentaje correspondió a la respuesta “a veces”, y prácticamente, 1 de cada 10 nunca lo hace. (Tabla 3; Figuras 7, 8, 9 10 y 11)

Tabla 3. Acceso a bases de datos de información científica por Internet

Cuestionario	Siempre (%)	A veces (%)	Nunca (%)
¿Usa la Internet para buscar información médico-científica?	97	3	0
¿Ingresa a bases de datos generales como Medline, Lilacs, Embase, Elsevier, Hinari?	72	27	1
¿Utiliza otras fuentes de información, como Medscape, UpTo Date, Dynamed, Micromedex, Biblioteca Cochrane?	73	25	2
¿Ingresa a bases de datos de Guías de Práctica Clínica de su especialidad?	71	28	1
¿Consulta la información sobre “Alertas” respecto a las restricciones o retiro de fármacos (Digemid, OMS, FDA)?	23	68	9

Figura 7. ¿Usa la Internet para buscar información médico-científica?

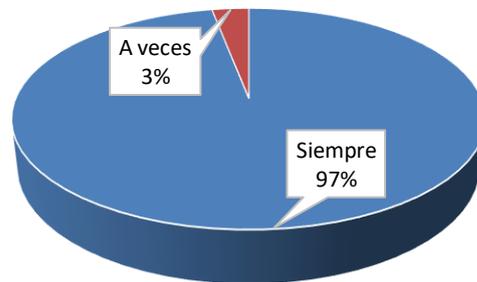


Figura 8. ¿Ingresa a bases de datos generales como Medline, Lilacs, Embase, Elsevier, Hinari?

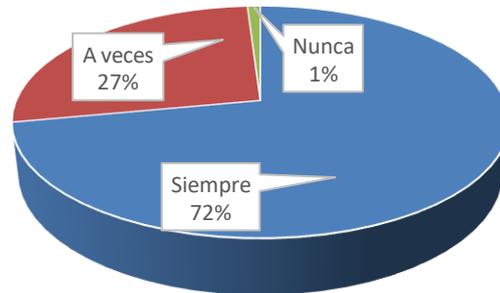


Figura 9. ¿Utiliza otras fuentes de información, como Medscape, UpTo Date, Dynamed, Micromedex, Biblioteca Cochrane?

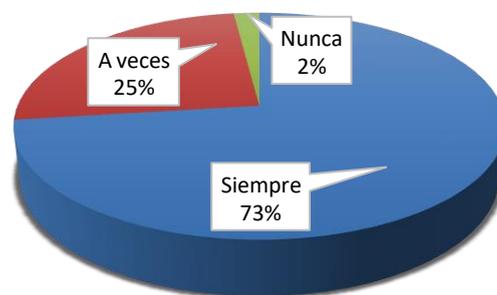


Figura 10. ¿ingresa a bases de datos de guías de práctica clínica de su especialidad?

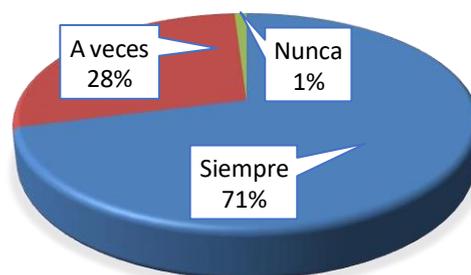
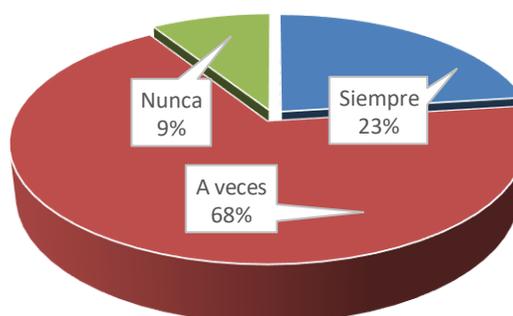


Figura 11 ¿Consulta la información sobre “ALERTAS” respecto a las restricciones o retiro de fármacos (Digemid, OMS, FDA)?



Respecto al dominio del “Conocimiento acerca del Petitorio de Medicamentos de la Clínica”, casi 9 de cada 10 participantes consultan a veces o siempre el petitorio farmacológico de la clínica Delgado, o llama a la farmacia para consultar sobre la presentación o concentración de algún fármaco; en cambio, solo 6 de cada 10 participantes tiene información sobre las novedades farmacológicas que ingresan al petitorio de medicamentos de la clínica, de los cuales la mayoría de ellos lo hace sólo a veces. (Tabla 4; Figuras 12, 13 y 14)

Tabla 4. Conocimiento del Petitorio de Medicamentos de la Clínica

Cuestionario	Siempre (%)	A veces (%)	Nunca (%)
¿Consulta el petitorio o listado farmacológico de la Clínica Delgado?	35	50	15
Si fuese necesario ¿Llama a la Farmacia para consultar sobre la presentación o concentración de algún fármaco?	45	46	9
¿Tiene información sobre las novedades farmacológicas que ingresan al petitorio de medicamentos de la clínica?	4	56	40

Figura 12. ¿Consulta el petitorio o listado farmacológico de la Clínica Delgado?

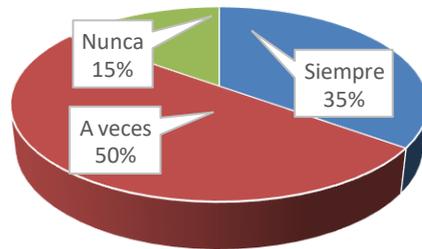


Figura 13. Si fuese necesario ¿Llama a la Farmacia para consultar sobre la presentación o concentración de algún fármaco?

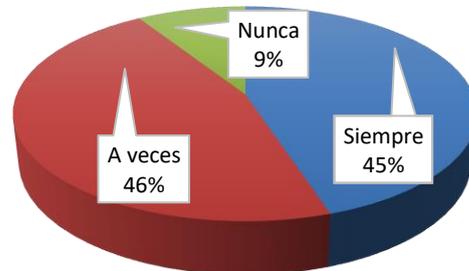


Figura 14. ¿Tiene información sobre las novedades farmacológicas que ingresan al petitorio de medicamentos de la clínica?

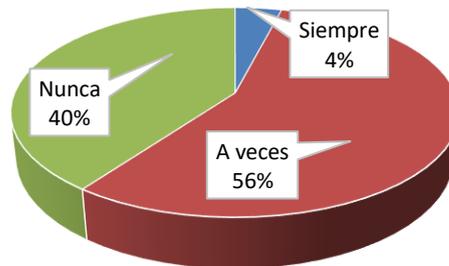
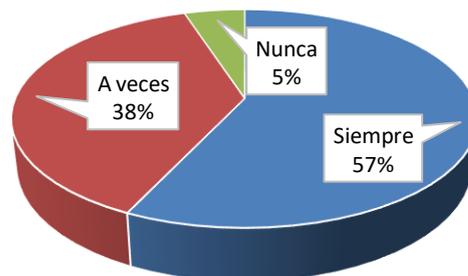


Figura 15. ¿Usa directamente el “buscador general” de Google?



En cuanto al dominio “Forma de Búsqueda de Información Médica por Internet”, solo 5 participantes señalaron que nunca utilizan directamente el buscador Google y casi todos (96%) utilizan otro motor de búsqueda. Asimismo, 9 de cada 10 participantes (97%) hacen búsqueda avanzada a través de título, autores, fuentes, fecha de publicación, palabras clave u operadores lógicos booleanos, mientras que todos los participantes a veces o siempre buscan información en idioma inglés u otro idioma.

(Tabla 5, Figuras 15, 16, 17 y 18)

Tabla 5. Forma de búsqueda de información médica por Internet

Cuestionario	Siempre (%)	A veces (%)	Nunca (%)
¿Usa directamente el “buscador general” de Google?	57	38	5
¿Utiliza otro motor de búsqueda como: Google Académico (Scholar), PubMed, ¿Free Medical Journals o MD Consult?	54	43	3
¿Hace búsqueda avanzada a través de título, autores, fuentes, fecha de publicación, palabras clave u operadores lógicos booleanos (AND, OR, NOT)?	50	40	10
¿Busca información médica publicada en inglés u otro idioma?	80	20	0

Figura 16. ¿Utiliza otro motor de búsqueda como: Google Académico (Scholar), PubMed, Free Medical Journals o MD Consult?

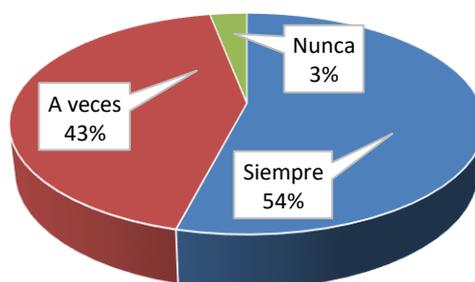


Figura 17. ¿Hace búsqueda avanzada a través de título, autores, fuentes, fecha de publicación, palabras clave u operadores lógicos booleanos (AND, OR, NOT)?

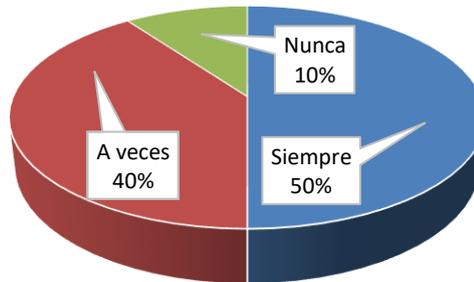
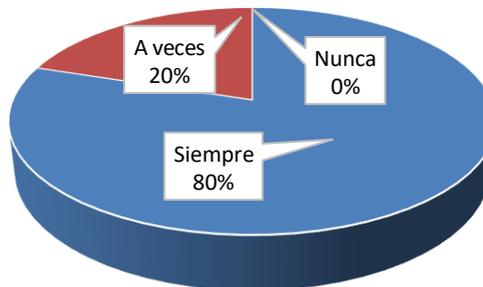


Figura 18. ¿Busca información médica publicada en inglés u otro idioma?



En el dominio de Lectura de Información con Validez Científica, solo dos participantes señalaron que nunca buscan información científica hecha según medicina basada en evidencia (MBE) o que lee publicaciones de meta-análisis y revisiones sistemáticas. Respecto a la segunda pregunta, 8 participantes nunca analizan la metodología científica ni las fuentes utilizados en los estudios clínicos que revisa, mientras que 92 sí lo hace (92%) (Tabla 6, Figuras 19, 20 y 21)

Tabla 6. Lectura de información con validez científica

Lectura de información con validez científica	Siempre (%)	A veces (%)	Nunca (%)
¿Busca información científica hecha según medicina basada en evidencia (MBE)?	71	27	2
¿Analiza la metodología científica y fuentes utilizados en los estudios clínicos que revisa?	50	42	8
¿Lee publicaciones de meta-análisis y revisiones sistemáticas?	53	45	2

Figura 19. ¿Busca información científica hecha según medicina basada en evidencia (MBE)?

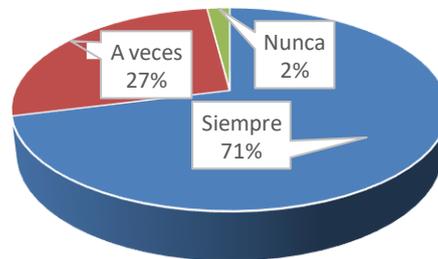


Figura 20. ¿Analiza la metodología científica y fuentes utilizados en los estudios clínicos que revisa?

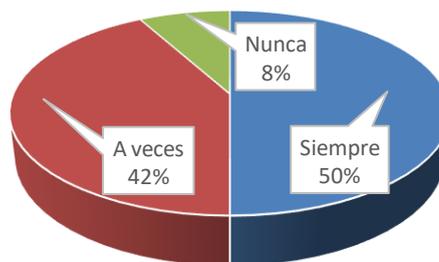
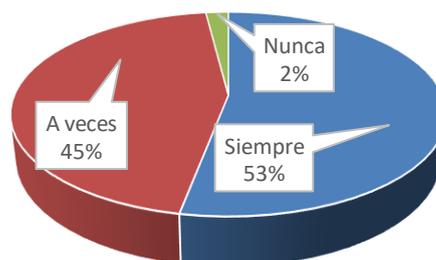


Figura 21. ¿Lee publicaciones de meta-análisis y revisiones sistemáticas?



En el dominio de “Comunicación con el Paciente”, casi 7 de cada 10 participantes siempre explica con precisión cómo actúan los medicamentos que prescribe, informa acerca de eventos adversos o interacciones que pueden presentar los medicamentos prescritos e indica en la receta médica recomendaciones no farmacológicas. Asimismo, casi 8 de cada 10 participantes (77%) al final de la consulta están seguros de que el paciente (o acompañante) entendió las dosis y tiempo de tratamiento de los medicamentos prescritos. (Tabla 7 y Figuras 22, 23, 24 y 25)

Tabla 7. Comunicación con el paciente

Comunicación con el paciente	Siempre (%)	A veces (%)	Nunca (%)
¿Explica con precisión cómo actúan los medicamentos que prescribe?	65	34	1
¿Informa acerca de eventos adversos o interacciones que pueden presentar los medicamentos prescritos?	69	30	1
Al final de la consulta: ¿Está seguro de que el paciente (o acompañante) entendió las dosis y tiempo de tratamiento de los medicamentos prescritos?	77	23	0
¿Indica en la receta médica recomendaciones no -farmacológicas, como, tipo de dieta, actividad física, consejos generales, fecha de próxima cita, otros?	67	26	7

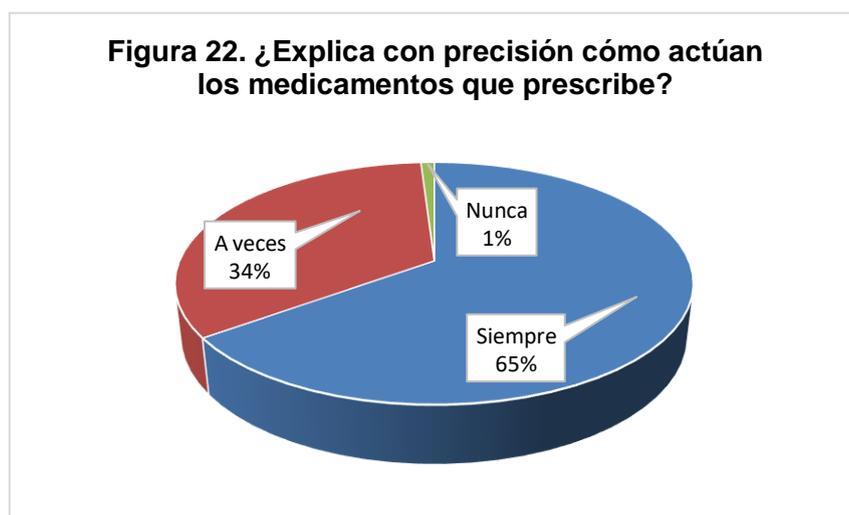


Figura 23. ¿Informa acerca de eventos adversos o interacciones que pueden presentar los medicamentos prescritos?

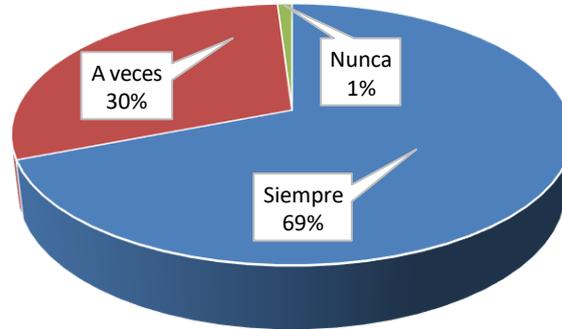


Figura 24. Seguridad de que el paciente (o acompañante) entendió las dosis y forma de administración de los medicamentos prescritos

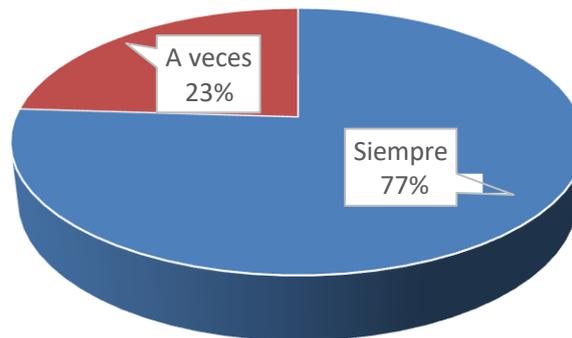
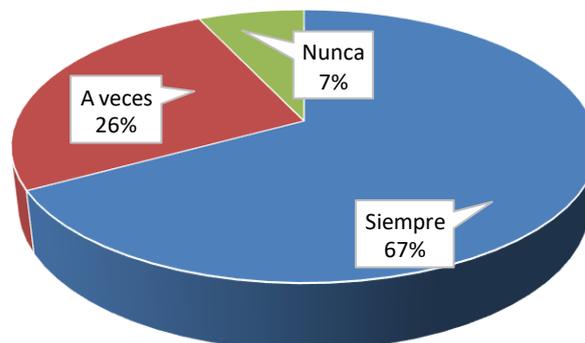


Figura 25. ¿Indica en la receta médica recomendaciones no -farmacológicas, como, tipo de dieta, actividad física, consejos generales, fecha de próxima cita, otros?



EVALUACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS

Un total de 100 recetas o prescripciones médica fueron evaluadas (Tabla 8).

- En cuanto a los datos de identificación, se encontró que los datos de filiación del paciente (nombre, edad, DNI), número de historia clínica, lugar y fecha, y los datos del médico prescriptor (nombre, números de colegio médico y de registro de especialidad), fueron correctamente llenados en el 100% de las recetas.
- Todas las recetas tenían registro del diagnóstico con el CIE-10 respectivo. Cabe señalar que la nomenclatura CIE-10 es la que estuvo vigente cuando se realizó la presente investigación.
- Los datos de Medicación prescrita y Administración, referidos al nombre del medicamento con su Denominación Común Internacional (DCI), presentación y concentración del mismo, la dosis horaria y la vía de administración, se encontraron registrados correctamente en el 100% de las recetas.
- El registro de tiempo total de tratamiento se encontró sólo en el 40% de recetas.
- En casi todas las recetas (97%) se encontró que la medicación indicada tenía relación con el diagnóstico registrado.
- Indicaciones complementarias para la administración del medicamento relacionados a hora, ayunas, alimentos o síntomas se encontraron en 72 recetas (72%).
- La prescripción de más de 04 fármacos (polifarmacia) se encontró solo en 10 de las 100 recetas evaluadas.
- La fecha indicada por el médico tratante para una próxima cita se encontró sólo en 15 recetas.

Tabla 8. Características de las prescripciones médicas evaluadas

Variab les	N =100
Datos de Identificación	
<i>Datos del paciente: nombre, edad, DNI</i>	
Si	100
No	0
<i>Número de Historia Clínica</i>	
Si	100
No	0
<i>Lugar y fecha de la atención</i>	
Si	100
No	0
<i>Datos del Médico: nombre, colegio médico, especialidad, registro de especialista</i>	
Si	100
No	0
Diagnóstico	
<i>Diagnósticos con CIE-10</i>	100
Si	0
No	

Medicación Prescrita y Administración	
<i>Nombre Denominación Común Internacional del medicamento</i>	
Si	100
No	0
<i>Presentación y concentración</i>	
Si	100
No	0
<i>Dosis horaria</i>	
Si	100
No	0
<i>Vía de administración</i>	
Si	100
No	0
<i>Tiempo total de tratamiento</i>	
Si	40
No	60
<i>Medicación relacionada al tipo de diagnóstico</i>	
Si	97
No	3
<i>Indicación de administración relacionada a hora, ayunas, alimentos, síntomas</i>	
Si	72
No	28
<i>Se prescriben menos de 04 fármacos (no incluye tópicos)</i>	
Si	90
No	10
Recomendaciones no-farmacológicas	
<i>Referidos: cambio de hábitos, tipo de dieta, ejercicios, reposo, actividad laboral, curaciones, otros</i>	
Si	36
No	64
<i>Fecha de próxima cita</i>	
Si	15
No	85

ANÁLISIS BIVARIADO

En el análisis bivariado se encontró diferencias estadísticamente significativas para la variable de “¿Consulta el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción del MINSA o de la OMS?” y la variable de calidad de receta ($p = 0.04$), igualmente, también se encontró diferencias estadísticamente significativas para la variable “¿Busca información científica hecha según medicina basada en evidencia (MBE)?” y la variable de calidad de receta ($p = 0.007$). Para todas las demás variables independientes no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) entre tales variables independientes y la variable dependiente de calidad de la receta. Se encontró que solo 11 de las 100 recetas evaluadas reunieron los criterios correspondientes para ser consideradas de calidad. (Tabla 9).

Tabla 9. Análisis bivariado entre las variables independientes del estudio y la calidad en la prescripción médica

Variab les	Calidad (n=11)	Falta de Calidad (n=89)	Valor p
Conocimiento de Normas			
<i>¿Revisa usted las directivas vigentes acerca del llenado correcto de la receta médica?</i>			0.28**
Nunca	2 (10.5)	17 (89.5)	
A veces	4 (7.3)	51 (92.7)	
Siempre	5 (19.2)	21 (80.8)	
<i>¿Consulta el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción del MINSA o de la OMS?</i>			0.04**
Nunca	3 (8.6)	32 (91.4)	
A veces	5 (8.6)	53 (91.4)	
Siempre	3 (42.9)	4 (57.1)	
Acceso a bases de datos de información científica por Internet			
<i>¿Usa la Internet para buscar información médico-científica?</i>			0.29**
Nunca	0 (0.0)	0 (0.0)	
A veces	1 (33.3)	2 (66.7)	
Siempre	10 (10.3)	87 (89.7)	
<i>¿Ingresa a bases de datos generales como: MEDLINE, LILACS, EMBASE, ELSEVIER, HINARI?</i>			0.17**
Nunca	1 (100.0)	0 (0.0)	
A veces	3 (11.1)	24 (88.9)	
Siempre	7 (9.7)	65 (90.3)	
<i>¿Utiliza otras fuentes de información, como: Medscape, UpTo Date, Dynamed, Micromedex, Biblioteca Cochrane?</i>			0.78**
Nunca	0 (0.0)	2 (100.0)	
A veces	2 (8.0)	23 (92.0)	
Siempre	9 (12.3)	64 (87.7)	
<i>¿Ingresa a bases de datos de Guías de Práctica Clínica de su especialidad?</i>			1.00**
Nunca	0 (0.0)	1 (100.0)	
A veces	3 (10.7)	25 (89.3)	
Siempre	8 (11.3)	63 (88.7)	
<i>¿Consulta la información sobre “ALERTAS” respecto a las restricciones o retiro de fármacos (Digemid, OMS, FDA)?</i>			0.67**
Nunca	0 (0.0)	9 (100.0)	
A veces	8 (11.4)	62 (88.6)	
Siempre	3 (14.3)	18 (85.7)	
Conocimiento del Petitorio de Medicamentos			
<i>¿Consulta el petitorio o listado farmacológico de la Clínica Delgado?</i>			1.00**

Nunca	1 (6.7)	14 (93.3)	
A veces	6 (12.0)	44 (88.0)	
Siempre	4 (11.4)	21 (88.6)	
<i>Si fuese necesario ¿Llama a la Farmacia para consultar sobre la presentación o concentración de algún fármaco?</i>			0.81*
Nunca	1 (11.1)	8 (88.9)	
A veces	6 (13.0)	40 (86.0)	
Siempre	4 (28.9)	41 (71.1)	
<i>¿Tiene información sobre las novedades farmacológicas que ingresan al peticorio de medicamentos de la clínica?</i>			0.59**
Nunca	3 (7.5)	37 (92.5)	
A veces	8 (14.3)	48 (85.7)	
Siempre	0 (0.0)	4 (100.0)	
Forma de búsqueda de información por Internet			
<i>¿Usa directamente el “buscador general” de Google?</i>			0.63**
Nunca	1 (20.0)	4 (80.0)	
A veces	4 (10.5)	34 (89.5)	
Siempre	6 (10.5)	51 (89.5)	
<i>¿Utiliza otro motor de búsqueda como: Google Académico (Scholar), Pubmed, Free Medical Journals o MD Consult?</i>			0.53**
Nunca	0 (0.00)	3 (100.0)	
A veces	3 (7.0)	40 (93.0)	
Siempre	8 (14.8)	46 (85.2)	
<i>¿Hace búsqueda avanzada a través de título, autores, fuentes, fecha de publicación, palabras clave u operadores lógicos booleanos (AND, OR, NOT)?</i>			0.21**
Nunca	1 (10.0)	9 (90.0)	
A veces	7 (17.5)	33 (82.5)	
Siempre	3 (6.0)	47 (94.0)	
<i>¿Busca información médica publicada en inglés u otro idioma?</i>			0.45**
Nunca	0 (0.0)	0 (0.0)	
A veces	1 (5.0)	19 (95.0)	
Siempre	10 (12.5)	70 (87.5)	
Lectura de información con validez científica			
<i>¿Busca información científica hecha según medicina basada en evidencia (MBE)?</i>			0.007**
Nunca	2 (100.0)	0 (0.0)	
A veces	1 (3.7)	26 (96.3)	
Siempre	8 (11.3)	63 (88.7)	
<i>¿Analiza la metodología científica y fuentes utilizados en los estudios clínicos que revisa?</i>			0.08**
Nunca	3 (37.5)	5 (62.5)	
A veces	4 (9.5)	38 (90.5)	
Siempre	4 (8.0)	46 (92.0)	

<i>¿Lee publicaciones de Meta-análisis y Revisiones Sistemáticas?</i>			1.00**
Nunca	0 (0.0)	2 (100.0)	
A veces	5 (11.1)	40 (88.9)	
Siempre	6 (11.3)	47 (88.7)	
Comunicación con el paciente			
<i>¿Explica con precisión cómo actúan los medicamentos que prescribe?</i>			0.77**
Nunca	0 (0.0)	1 (100.0)	
A veces	3 (8.8)	31 (91.2)	
Siempre	8 (12.3)	57 (87.7)	
<i>¿Informa acerca de eventos adversos o interacciones que pueden presentar los medicamentos prescritos?</i>			0.55**
Nunca	0 (0.0)	1 (100.0)	
A veces	2 (6.7)	28 (93.3)	
Siempre	9 (13.0)	60 (87.0)	
<i>Al final de la consulta: ¿Está seguro de que el paciente (o acompañante) entendió las dosis y tiempo de tratamiento de los medicamentos prescritos?</i>			0.71**
Nunca	0 (0.0)	0 (0.0)	
A veces	3 (13.0)	20 (86.7)	
Siempre	8 (10.4)	69 (89.6)	
<i>¿Indica en la receta médica recomendaciones no - farmacológicas, como: tipo de dieta, actividad física, consejos generales, fecha de próxima cita, otros?</i>			0.88**
Nunca	1 (14.3)	6 (85.7)	
A veces	3 (11.5)	23 (88.5)	
Siempre	7 (10.5)	60 (89.5)	
Frecuencia Absoluta (Porcentaje)			
*Prueba de Chi-cuadrado			
** Prueba Exacta de Fisher			

4.2 Comprobación de hipótesis

A continuación, se someten a prueba estadística tanto la hipótesis general como las hipótesis específicas del trabajo de investigación, utilizando para ello la prueba no paramétrica Rho de Spearman al tratarse de variables cualitativas.

Hipótesis principal

El nivel de talento humano de los médicos influye positivamente en la calidad de la prescripción médica.

Hipótesis nula

El nivel de talento humano de los médicos **no** influye positivamente en la calidad de la prescripción médica.

Tabla 10. Nivel de talento humano y calidad de prescripción médica

Rho de Spearman		EVALUACIÓN DEL TALENTO HUMANO	CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN MEDICA
EVALUACIÓN DEL TALENTO HUMANO	Coeficiente de correlación	1,000	,675**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	100	100
CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN MEDICA	Coeficiente de correlación	,675**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	100	100

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Podemos observar que, el resultado de la prueba Rho de Spearman es de **0.675** (0.40 a 0.70) situándose en una correlación moderada y significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es decir el nivel de talento humano de los médicos influye positivamente en la calidad de la prescripción médica.

Este resultado se corrobora con el valor alcanzado por la prueba de significación bilateral cuyo valor es 0.000 menor a la probabilidad 0.01.

Hipótesis específica 1

El nivel de conocimiento de normas técnicas influye positivamente en la calidad de la prescripción médica.

Hipótesis nula 1

El nivel de conocimiento de normas técnicas **no** influye positivamente en la calidad de la prescripción médica.

Tabla 11. Nivel de conocimiento de normas técnicas y calidad de prescripción médica

Rho de Spearman		CONOCIMIENTO	CALIDAD DE LA PRESCRIPCION MEDICA
CONOCIMIENTO	Coeficiente de correlación	1,000	,569**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	100	100
CALIDAD DE LA PRESCRIPCION MEDICA	Coeficiente de correlación	,569**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	100	100
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).			

Observamos que, el resultado de la prueba Rho de Spearman es de **0.569** (0.40 a 0.70) situándose en una correlación moderada y significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es decir el nivel de conocimiento de normas técnicas influye positivamente en la calidad de la prescripción médica.

Este resultado se corrobora con el valor alcanzado por la prueba de significación bilateral cuyo valor es 0.000 menor a la probabilidad 0.01.

Hipótesis específica 2

La habilidad para realizar búsqueda avanzada de información científica influye positivamente en la calidad de prescripción médica.

Hipótesis nula 2

La habilidad para realizar búsqueda avanzada de información científica **no** influye positivamente en la calidad de prescripción médica.

Tabla 12. Habilidad en búsqueda avanzada de información y calidad de prescripción

Rho de Spearman		HIBILIDAD	CALIDAD DE LA PRESCRIPCION MEDICA
HIBILIDAD	Coeficiente de correlación	1,000	,295**
	Sig. (bilateral)	.	,003
	N	100	100
CALIDAD DE LA PRESCRIPCION MEDICA	Coeficiente de correlación	,295**	1,000
	Sig. (bilateral)	,003	.
	N	100	100
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).			

Observamos que, el resultado de la prueba Rho de Spearman es de **0.295** (0.20 a 0.40) situándose en una correlación baja pero significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es decir la habilidad para realizar búsqueda avanzada de información científica influye positivamente en la calidad de prescripción médica.

Este resultado se corrobora con el valor alcanzado por la prueba de significación bilateral cuyo valor es 0.003 menor a la probabilidad 0.01.

Hipótesis específica 3

La actitud en la comunicación médico-paciente influye positivamente en la calidad de la prescripción médica.

Hipótesis específica 3

La actitud en la comunicación médico-paciente **no** influye positivamente en la calidad de la prescripción médica.

Tabla 13. Actitud en la comunicación médico-paciente y calidad de prescripción médica

Rho de Spearman		ACTITUD EN LA COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE	CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA
ACTITUD EN LA COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE	Coeficiente de correlación	1,000	,296**
	Sig. (bilateral)	.	,003
	N	100	100
CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA	Coeficiente de correlación	,296**	1,000
	Sig. (bilateral)	,003	.
	N	100	100

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Observamos que, el resultado de la prueba Rho de Spearman es de **0.296** (0.20 a 0.40) situándose en una correlación baja pero significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es decir la actitud en la comunicación médico-paciente influye positivamente en la calidad de la prescripción médica.

Este resultado se corrobora con el valor alcanzado por la prueba de significación bilateral cuyo valor es 0.003 menor a la probabilidad 0.01.

4.3 Discusión de resultados

La presente tesis tuvo como objetivo principal establecer la influencia de la evaluación del talento humano en la calidad de prescripción del personal médico. Bajo esa perspectiva, a fin de establecer dicha relación, se realizó una encuesta que permitiera conocer diversos aspectos del talento humano de la población estudiada en cuanto al conocimiento del correcto llenado de la receta, diversas habilidades para acceder a información científica idónea a través de la Internet y su tipo de comunicación con el paciente (variables independientes) y, de otro lado, el análisis de las prescripciones médicas, a fin de establecer la calidad de la prescripción médica en función de la evaluación del talento humano.

Internet constituye, hoy en día, la mayor herramienta para acceder al conocimiento de normas y de información científica. En esta investigación se encontró que el 100% de los encuestados utiliza la Internet para buscar información y más del 90% busca información en bases de datos y fuentes con contenido de alto valor científico, tales como Medline, Elsevier, Up To Date, entre otras, y no solo a través del simple motor de búsqueda de Google, sino mediante otros motores de búsqueda como PubMed o Google Scholar, que permiten el acceso a información de mejor calidad. En forma similar, más del 90% de los encuestados (más del 70% contestó “Siempre”) busca información presentada bajo la forma de revisiones sistemáticas, meta-análisis y guías de práctica clínica, así como artículos realizados según medicina basada en evidencia. Estos datos contrastan con lo obtenido en la pregunta acerca de la consulta de información sobre alertas respecto a las restricciones o retiro de fármacos, en la cual sólo el 23% contestó “Siempre” y 9% “Nunca”. De igual forma, contrasta con el hecho que menos del 90% de encuestados consulta el petitorio de medicamentos de la clínica, y sólo 4 % y 56% manifestaron recibir información sobre las novedades farmacológicas que ingresan al petitorio de medicamentos “Siempre” o “A veces”, respectivamente. Así mismo, contrastan con los resultados acerca del conocimiento sobre normas vigentes sobre el llenado de recetas y del Manual de Buenas Prácticas de Prescripción del Minsa/OMS, a las cuáles los encuestados contestaron “Nunca” en el 19% y 34%, respectivamente. Todos estos resultados sugieren que los médicos encuestados tienen mayor interés o motivación en buscar información referida a las ciencias médicas en comparación a la búsqueda de información relacionada a normas o al petitorio de medicamentos.

Las preguntas referidas a la comunicación con el paciente encontraron que más del 90% de encuestados explica o informa detalles acerca del funcionamiento

y efectos adversos de la medicación prescrita, se aseguran de que la información brindada haya sido bien entendida y dan recomendaciones no-farmacológicas adicionales, respecto a dietas, actividad física, entre otras. Los resultados están de acuerdo a las recomendaciones del Manual de Buenas Prácticas de Prescripción del Minsa ⁶⁹, el cual señala la necesidad de brindar información, instrucciones y advertencias al paciente, al realizar la receta médica.

Respecto a las características de las prescripciones médicas, se encontró que el 100% registraba los datos de filiación del paciente, número de historia clínica, lugar y fecha de la prescripción, identificación del médico, diagnóstico con CIE-10, medicación con DCI, dosis horaria y vía de administración. Este resultado se debe a que en la Clínica Delgado se utiliza la receta electrónica, lo cual disminuye en forma significativa el riesgo de errores que se cometen con la receta manual o manuscrita.

Dean y col.⁵⁷, en un estudio de consenso, determinaron que los errores de prescripción se producían en el proceso de decisión y en la redacción manual de la receta debido a la ilegibilidad de la letra o a la omisión de algún dato. Al respecto, Borges y col.⁶⁸ encontraron en un estudio que el sistema de prescripción electrónica había mejorado el proceso de prescripción y que contribuía a reducir la frecuencia de errores. En ese sentido, la implementación de la prescripción electrónica ha reducido en forma significativa el riesgo de errores por letra ilegible, lo cual, a su vez, disminuye errores de filiación, equivocaciones durante el despacho de medicamentos en farmacia y confusiones por el paciente respecto a la administración del medicamento. Sin embargo, más allá de los datos de filiación, diagnóstico, vía, dosis horaria de la medicación y registro del tiempo total del tratamiento, la calidad de prescripción requirió de otros elementos, como: relación o coherencia entre el medicamento prescrito y el diagnóstico registrado; indicaciones complementarias de la administración de los medicamentos relacionadas a la hora, alimentos, presencia de algún síntoma, entre otros; indicaciones no farmacológicas, como cambios en el estilo de vida, tipo de actividad física, laboral, etc., y que el número de fármacos no sea mayor de cuatro a fin de evitar la polifarmacia.

En el análisis de las recetas del presente estudio, se encontró que en el 97% había relación entre el medicamento prescrito y el diagnóstico registrado, el 72% presentaba recomendaciones complementarias de indicación y sólo un 10% registraba la prescripción de más cuatro fármacos. La necesidad de la coherencia entre el diagnóstico y la medicación prescrita no tiene mayor discusión, tal como se esperaba, se encontró en el 97% de recetas. De otro lado, se considera que

siempre es oportuno que la dosificación horaria de un medicamento vaya acompañada de las horas exactas a la que se debe administrar la medicación, así como las referencias de antes, durante o después de los alimentos, o la forma condicional en que pueda tomarse como sintomático (dolor, fiebre, náuseas, entre otros).

La polifarmacia es un hecho frecuente y potencialmente peligroso por las interacciones medicamentosas y eventos adversos, principalmente en la población geriátrica o en pacientes con comorbilidades renales y/o hepáticas. Está bien reconocido que un error médico frecuente es la polifarmacia no justificada que reciben muchos pacientes. En ese sentido, Aggarwal y col.⁹⁵, destacan los peligros de la polifarmacia y proponen una serie de recomendaciones para reducir su frecuencia; de ahí que no deja de ser significativo el hallazgo de 10% de recetas con polifarmacia en el presente estudio. Cabe señalar que en el análisis de las recetas de este estudio no se consideraron a los productos tópicos en el número de fármacos prescritos para la definición de polifarmacia.

El registro de la “fecha de próxima cita” en la receta es un dato que puede mejorar la adherencia y seguimiento del paciente, y podría resultar muy importante particularmente en pacientes que requieren más de una consulta, o en los pacientes con enfermedades crónicas. En este estudio se encontró solo en el 15% de recetas revisadas, sin embargo, queda la posibilidad que la indicación haya sido innecesaria, verbal, pactada en fechas anteriores o sea responsabilidad de un personal administrativo a cargo de las citas.

En el análisis bivariado solo las variables “¿Consulta el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción del MINSA o de la OMS?” y “¿Busca información científica hecha según medicina basada en evidencia (MBE)?” encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.04$ y $p= 0.007$, respectivamente, para las variables de calidad de receta. Sin embargo, llama la atención que la significancia del valor p de la variable referida a la búsqueda de información según MBE, se dio en relación a las recetas con falta de calidad y no al grupo de recetas de calidad.

Con respecto a la comprobación de hipótesis, se demostró mediante pruebas estadísticas que, el nivel de talento humano de los médicos influye positivamente en la calidad de la prescripción médica, resultado que concuerda con la investigación de López Puig y col.⁸², quienes evaluaron la gestión del talento humano en un área hospitalaria del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos, Cuba y concluyeron que la percepción sobre la gestión del talento humano en la institución era positiva. También concuerda con los estudios de

Carrasco Taco, Jimmy⁷⁴, quien buscó determinar la relación que existe entre la gestión del talento humano y el desempeño laboral de los trabajadores administrativos de Oncosalud S.A.C, comprobando que la planificación del talento humano influye positivamente en la productividad de los trabajadores, que el sistema de administración de recursos humanos influye significativamente en el desarrollo de competencias y que el clima organizacional influye positivamente en la satisfacción laboral de los empleados.

De otro lado, se encontró concordancia con el estudio de Valentín Rodríguez, Hugo⁷⁵, quien, al establecer la relación entre la gestión del talento humano y el desempeño laboral del personal de la Red de Salud Huaylas Sur, concluyó que el nivel de influencia de la gestión del talento humano en el desempeño laboral del personal de dicha red fue altamente significativo.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Se comprueba mediante este estudio que el nivel de conocimiento de normas técnicas influye positivamente en la calidad de la prescripción médica.
2. Se ha demostrado que la habilidad para realizar una búsqueda avanzada de información científica influye positivamente en la calidad de prescripción médica.
3. Se ha demostrado que la actitud en la comunicación médico-paciente influye positivamente en la calidad de la prescripción médica.
4. Finalmente, queda comprobado que el nivel de talento humano de los médicos influye positivamente en la calidad de la prescripción médica.

5.2 Recomendaciones

1. Establecer un programa periódico de evaluación del talento humano del profesional médico en cuanto a sus conocimientos, competencias profesionales y calidad de prescripción médica.
2. Establecer un programa educativo destinado a la búsqueda racional de información científica idónea a través de la Internet
3. Difundir las normas y manuales vigentes dirigidas a la correcta confección de la receta médica, así como evaluar el cumplimiento de las mismas.
4. Aumentar la socialización y difusión del petitorio farmacológico de la Clínica, así como información actualizada de las "Alertas" farmacológicas.
5. Realizar un estudio de investigación a fin de evaluar la satisfacción del paciente respecto a los resultados del tratamiento recibido mediante una prescripción médica.
6. Realizar un estudio de investigación a fin de evaluar directamente la calidad de la prescripción en relación a las recomendaciones de guías de práctica clínica validadas, a la satisfacción del paciente y a los resultados clínicos objetivos de la respuesta terapéutica.
7. Fomentar y evaluar periódicamente la buena relación médico paciente/familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hart, CW M. Los experimentos de Hawthorne. Revista Cubana de Salud Pública [en línea]. 2012; 38(1):156-167 [Citado: 29 noviembre 2020]. ISSN: 0864-3466. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21421516015>
2. Chiavenato Idalberto. Administración de Recursos Humanos. El capital humano de las organizaciones. [Internet]. 9ª edición. México McGraw Hill; 2011. p.2-8. [Citado: 20 noviembre 2020] Disponible: https://www.academia.edu/29724210/Chiavenato_Administracion_de_Recursos_Humanos_subrayado
3. Chambers, Elisabeth. G, Foulon, M, Handfield-jones, H, Hankin, S. M, & Iii, E. G. M. The War for talent. The McKinsey Quarterly. 1998; 3:44–58.
4. Internet World Stats [Internet]. [Citado: 27 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.internetworldstats.com/>
5. Zeman FD. The nature of medical error: A study in applied medical history. J Chronic Dis. 1956;4(6):648-54.
6. Leider M. Ambiguity and error in medical writing. Am J Dermatopathol. 1984; 6 Suppl:137-40.
7. Leape L, Brennan T, Laird N, Lawthers A, Localio R, Barnes B., et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results from the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991; 324:377–84.
8. Leape Lucian. Error in Medicine. JAMA. 1994; 272(23):1851-57
9. Tansley C. "What do we mean by the term "talent" in talent management?". Industrial and Commercial Training. 2011; 43(5):266-274.
10. Meyers MC, van Woerkom M. Talent—Innate or acquired? Theoretical considerations and their implications for talent management. Human Resource Management Review. 2013; 23:305–321
11. Tetik Selman. Talent Management: A Review of Theoretical Perspectives and a Guideline for Practitioners. NileJBE. 2016; 4:40-56.
12. Diccionario de la lengua española – RAE [Internet]. [Citado: 20 noviembre 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
13. Chiavenato Idalberto. Gestión del talento humano. 9ª edición. México McGraw Hill; 2009. p.5,9,10.
14. Vallejo Chávez Luz M. Gestión del Talento Humano [Internet]. Publicado en el 2015 por la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador (ESPOCH); 2016; p.17

15. Chiavenato Idalberto. Gestión del talento humano. 9ª edición. México McGraw Hill; 2009. p.7-9
16. Collings David, Mellahi Kamel. Strategic talent management: A review and research agenda. *Human Resource Management Review*. 2009; 19(4):304-313.
17. Lado, Augustine A., and Mary C. Wilson. Human Resource Systems and Sustained Competitive Advantage: A Competency-Based Perspective. *The Academy of Management Review*. 1994; 19(4):699-727.
18. Draganidis Fotis and Mentzas Gregoris. Competency Based Management; a review of Systems and approaches. *Information Management & Computer Security*. 2006; 14(1):51- 64
19. Lewis Robert and Heckman, Robert.. Talent management: A critical review. *Human Resource Management Review*. 2006; 16:139–154
20. Frank, Fredric D; Taylor, Craig R. (2004). Talent Management: Trends that Will Shape the Future. *Human Resource Planning*. 2004; 27 (1):33-41.
21. Ewerlin Denise and Süß Stefan. Dissemination of talent management in Germany: Myth, facade or economic necessity? *Personnel Review*. 2016; 45(1):142-160.
22. Tabatabaei, Seyyed Akbar N; Mami Malek. Investigating the Role of Talent Management System in the Human Resources Management. 2015; 5(4):36-49.
23. Vallejo Chávez Luz M. Gestión del Talento Humano [Internet]. Publicado en el 2015 por la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador (ESPOCH). 2016; p.30 [Citado: 10 marzo 2020]. Disponible en: <http://cimogsys.esepoch.edu.ec/direccion-publicaciones/public/docs/books/2019-09-17-222134-gesti%C3%B3n%20del%20talento%20humano-comprimido.pdf>
24. Roberts, Karen, Ellen Ernst Kossek, and Cynthia Ozeki. Managing the global workforce: Challenges and strategies. *Academy of Management Executive* (1993-2005). 1998; 12(4):93–106.
Disponible: <https://www.istor.org/stable/4165497?seq=1>
25. Giraldo Osorio, Alexandra; Vélez Álvarez, Consuelo. Desafíos en la formación del talento humano para atención primaria de salud en América Latina. *Rev. Costarricense de Salud Pública*. 2015; 25(2):54-102
26. Chiavenato Idalberto. Gestión del talento humano. 9ª edición. México McGraw Hill; 2009. p.xii.
27. Chiavenato Idalberto. Gestión del talento humano. 9ª edición. México McGraw Hill; 2009. p.15
28. Tarike Ibraiz and Schuler Randall. Global talent management: Literature review, integrative framework, and suggestions for further research. *Journal of World Business*. 2010; 45:122–133

29. Sherman A, Bohlander G, Snell S. Administración de recursos humanos [Internet]. 17^o edición. México. Cengage Learning Edit. 2018. p.5,6. [Citado:29 NOV2020] Disponible:https://www.academia.edu/33378179/ADMINISTRACION_DE_RECURSOS_HUMANOS
30. Chiavenato Idalberto. Administración de Recursos Humanos. El capital humano de las organizaciones. 9^a edición. México McGraw Hill; 2011. p.31.
31. Chiavenato Idalberto. Gestión del talento humano. 9^a edición. México McGraw Hill; 2009. p.56
32. Chiavenato Idalberto. Gestión del talento humano. 9^a edición. México McGraw Hill; 2009. p.52-55
33. Chiavenato Idalberto. Gestión del talento humano. 9^a edición. México McGraw Hill; 2009. p.54
34. Vallejo Chávez Luz M. Gestión del Talento Humano [Internet]. Publicado en el 2015 por la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador (ESPOCH); 2016; p.32. [Acceso: 10 marzo 2020]. Disponible en: <http://cimoqsys.esPOCH.edu.ec/direccion-publicaciones/public/docs/books/2019-09-17-222134-gesti%C3%B3n%20del%20talento%20humano-comprimido.pdf>
35. García Peñalvo, Francisco. Gestión del conocimiento y de la tecnología [Internet]. Publicado por el GRupo de Investigación en interAcción y eLearning (GRIAL). [Citado: 01 diciembre 2020]. Disponible: https://repositorio.grial.eu/bitstream/grial/236/1/Gestion_del_conocimiento_y_de_la_tecnologia_GRIAL.pdf
36. PubMed Overview [Internet]. National Library of Medicine (USA). [Citado: 25 noviembre 2020]. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
37. Bisso Aland. Información médica por Internet: necesidad de una búsqueda racional (Editorial). Rev Soc Peru Med Interna. 2013; 26(4):4.5
38. MEDLINE [Internet]. National Library of Medicine (USA). [Citado: 30 noviembre 2020]. Disponible: <https://www.nlm.nih.gov/bsd/medline.html>
39. Subhash B. Thakre, Sushama S. Thakre, Amol D. Thakre T I. Electronic Biomedical Literature Search for Budding Researcher. J Clin Diagn Res.2013; 7(9):2033–37.
40. Galán Rodas Edén, Egoavil Miguel S. Herramientas de productividad para el profesional médico y la investigación. Acta méd. Peruana. 2013; 30(3):143-147
41. Chiavenato Idalberto. Gestión del talento humano. 9^a edición. México McGraw Hill; 2009. p.403
42. Hanlon, J, Schmader KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech, K., Lewis IK, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. Clin Epidemiol. 1992; 45(10):1045-51.

43. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción/Ministerio de Salud [Internet] Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Lima. 2005. [Citado: 2 diciembre 2020]. Disponible: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1431.pdf>
44. De Vries, TPG M, Henning, R. H, Hogerzeil, Hans V, Fresle, D. A. Programa de Acción de la OMS sobre Medicamentos Esenciales, et al. Guía para una buena prescripción: un manual práctico [en línea]. 1994 [citado: 25 noviembre 2020]. Disponible: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59001>
45. General Medical Council [en línea]. Good practice in prescribing and managing medicines and devices. 2013 [Citado: 3 diciembre 2020] Disponible: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/good-medical-practice>
46. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción/Ministerio de Salud [Internet] Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Lima. 2005; p. 27 [Citado: 2 diciembre 2020]. Disponible: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1431.pdf>
47. Martínez-Gorostiaga Javier, Echevarría-Orella Enrique y Calvo-Hernández Begoña. Factores influyentes en la calidad de la prescripción en atención primaria y relación con el gasto farmacéutico. Rev Esp Salud Pública. 2019; 93(5 ago):e1-11
48. Baos Vicente B. [en línea]. La calidad en la prescripción de medicamentos. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud (España). 1999; 23(2):45-54. [Citado: 30 octubre 2020]. Disponible: <https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/prescripcion.pdf>
49. Reason James [en línea]. Estudios de error humano. In Human Error. 1990; p.9. Cambridge: Cambridge University Press. [Citado: 4 marzo 2020] Disponible: <https://doi.org/10.1017/CBO9781139062367>
50. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System* [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US). 2000. [Citado: 15 noviembre 2020]. Disponible: <https://doi.org/10.17226/9728>.
51. Leape, Lucian; Lawthers, Ann; Brennan, Troyen A; Johnson WG. Preventing Medical Injury. Qual Rev Bull. 1993;19(5):144–149
52. Albújar Pedro. Iatrogenia. Rev. Diagnóstico. 2004; 43(5):229-232
53. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. [en línea]. NCC MERP index for categorizing medication errors. 2001. [Cit.30 nov 2020] URL: <http://www.nccmerp.org/sites/default/files/indexColor2001-06-12.pdf>
54. Forrey RA, Pedersen CA, Schneider PJ. Interrater agreement with a standard scheme for classifying medication errors. Am J Health Syst Pharm. 2007; 64(2):175-81.

55. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ. Systems analysis of adverse drug events. *JAMA*. 1995; 274:35-43.
56. Bates DW, Leape LL, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Teich JM, et al. Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. *JAMA*. 1998; 280:1311-6
57. Dean B, Barbero N. Schachter M. What is a prescribing error? *Quality in Health Care*; 2000; 9 (4): 232-7.
58. Lewis PJ, Dornan T, Taylor D, Tully MP, Wass V, Ashcroft DM. Prevalence, Incidence and Nature of Prescribing Errors in Hospital Inpatients. A Systematic Review. *Drug Safety*. 2009; 32(5):379-89.
59. Tamayo ME, González FM, Madrigal de Torres M; Pérez P; Osuna E. Evaluation of the quality and appropriateness of medical prescriptions in the hospital discharge report [en línea] *Journal of Hospital Administration*. 2014; 3(3):71-80. [Citado 15 octubre 2020] Disponible: <https://doi.org/10.5430/jha.v3n3p71>
60. Olivera Mayo, Dante. Evaluación administrativa de la prescripción médica de consulta externa del seguro integral de salud (SIS). Tesis para optar el grado de Magíster. Universidad Internacional de Andalucía. 2012. Disponible: <https://docplayer.es/6259454-Titulo-autor-dante-horacio-olivera-mayo.html>
61. Doubova SV, Reyes-Morales H., Torres-Arreola L, Suárez M. Posibles interacciones fármaco-fármaco y fármaco-enfermedad en la prescripción de pacientes ambulatorios mayores de 50 años en clínicas de medicina familiar de la Ciudad de México. *BMC Health Serv Res*. 2007; 7 (147). [Citado: 4 junio 2020] Disponible: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-147>
62. Casas-Vásquez P, Ortiz-Saavedra P, Penny-Montenegro E. Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016; 33(2)335-41.
63. Álvarez-Risco A, Del-Águila-Arcenales S. Errores de prescripción como barrera para la atención farmacéutica en establecimientos de salud públicos: Experiencia Perú. *Pharm Care Esp*. 2015; 17(6):725-731
64. Rausell Rausell, VJ. Tobaruela Soto, M. Nájera Pérez.MD. Efectividad de una intervención en la mejora de la calidad de prescripción con receta médica en atención especializada. *Farm Hosp*. 2005; 29:86-94.
65. Araújo BC, Melo RC, Bortoli MC, Bonfim JRA and Toma TS. How to prevent or reduce prescribing errors: An evidence brief for policy [en línea]. *Front. Pharmacol*. 2019; 10:439. [Citado: 15 noviembre 2020] Disponible: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2019.00439/full>
66. Delgado Sánchez, O. Escrivá Torralva, A. Vilanova Boltó, M. J. Serrano López de

- las Hazas J. Crespí Monjo M, et al. Estudio comparativo de errores con prescripción electrónica versus prescripción manual. *Farm Hosp.* 2005; 29:228-235
67. Delgado Silveira, E. Soler Vigil, M. Pérez Menéndez-Conde, C. Errores de prescripción tras la implantación de un sistema de prescripción electrónica asistida. *Farm Hosp.* 2007; 30:223-230.
68. Borges Rosa M, Martins Gonzaga M, Benfica Cirilio P, Flores Batista L, Perini E, Camargo R. Electronic prescription: frequency and severity of medication errors. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2019; 65(11):1349-55.
69. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción/Ministerio de Salud [en línea] Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Lima. 2005; p.24 [Citado: 6 diciembre 2020]. Disponible: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1431.pdf>
70. Kamarudin G, Penm J, Chaar B, Moles R. Educational interventions to improve prescribing competency: a systematic review. *BMJ Open.* 2013; 3 (8): e003291. [Publicado en línea 30 de agosto de 2013] [Citado: 10 noviembre 2020]. Disponible: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003291>
71. Clancy CM, Cronin K. Evidence-based decision making: global evidence, local decisions. *Health Aff (Millwood).* 2005; 24(1):151-62.
72. Del Fiol G, Workman TE, Gorman PN. (2014) Clinical questions raised by clinicians at the point of care: a systematic review. *JAMA Intern Med.* 2014; 174(5):710-8.
73. González-González I, Sánchez Mateos A. (2006). Estudio de las necesidades de información generadas por los médicos de atención primaria (proyecto ENIGMA). *Aten Primaria;* 38:219-24.
74. Carrasco Taco, Jimmy Paul. Gestión del talento humano y su influencia en el desempeño laboral de los trabajadores administrativos de Oncosalud SAC en el 2016. [Tesis para obtener el título de licenciado en administración]. Lima. Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018.
75. Valentín Rodríguez, Hugo. Gestión del talento humano y desempeño laboral del personal de la Red de Salud Huaylas Sur, 2016. [Tesis para obtener el título de licenciado en administración]. Lima. Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.
76. Ruiz Villavicencio, Ricardo Gestión del talento humano y los niveles de desempeño en las empresas industriales de Lima Metropolitana. [Tesis para obtener el Doctorado en Administración]. Lima. Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2019.
77. Polleri Galdos, Rolando Mario. La gestión del talento humano y el desempeño laboral de los trabajadores de los institutos públicos superiores de formación técnica de Lima Metropolitana [Tesis para obtener grado de Maestro en Gerencia Social y Recursos Humanos] Lima. Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018.
78. Mayra Begazo Ponce de León Buenas prácticas en la Gestión de Talento en el

- Sector Construcción [Tesis para optar grado de Magister en Dirección Estratégica y Liderazgo]. Lima. Pontificia Universidad Católica del Perú, 2018.
79. Injante Ibazeta, Bertha. Errores de prescripción en recetas de hospitalizados del servicio de traumatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue julio - agosto 2019 [Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad en Farmacia Clínica]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2019.
 80. Segura Hospina, José Lázaro. Errores de prescripción en recetas únicas estandarizadas del Hospital Vitarte (MINSA) en el I semestre 2019 [Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Farmacia Hospitalaria]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2019.
 81. Carmen Campos-Caicedo. Calidad de la receta médica en dos hospitales de Lambayeque y su influencia en la comprensión de la información brindada. *Acta Médica Peruana*. 2018;35(2):100-107.
 82. López Puig, P, Díaz Bernal Z. Segredo Pérez AM, Pomares Pérez Y. Evaluación de la gestión del talento humano en el entorno hospitalario. *Rev Cubana Salud Pública* 2017; 43(1):3-15
 83. Molina-Marím, Gloria; Oquendo-Lozano, Tatiana; Rodríguez Sergio. Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014. *Rev. gerenc. políticas salud*. 2016; ene-jun.15(30):108-125
 84. Hermida Rojas M, Vázquez Martínez C, Roque Morgado M. Las competencias investigativas en la construcción del talento humano dentro de las Ciencias Médicas. *MediCiego* [Internet]. 2012 [Citado: 6 Dic 2020]; 18(2). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/326>
 85. Carlos A. Agudelo-Calderón, Juan C. García-Ubaque Caracterización de la formación y desempeño del talento humano que labora en Salud Ambiental en Colombia. *Rev. salud pública*. 2015; 17 (4):552-564.
 86. Volpe CR, Melo EM, Aguiar LB, Pinho DL, Stival MM. Risk factors for medication errors in the electronic and manual prescription. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016 Aug 8;24:e2742. doi: 10.1590/1518-8345.0642.2742
 87. Bos JM, van den Bemt PMLA, de Smet PAGM, Kramers C. The effect of prescriber education on medication-related patient harm in the hospital: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2017 May;83(5):953-961.
 88. Gimenes Fernanda Raphael Escobar, Mota Maria Ludermiller Sabóia, Teixeira Thalyta Cardoso Alux. Seguridad del paciente en la terapéutica medicamentosa y la influencia de la prescripción médica en los errores de dosis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010 Dec [Citado 07 Dic 2020]; 18(6): 1055-1061. Dsiponble: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600003>.

89. Indicadores de uso racional de medicamentos. Dirección de acceso y uso de medicamentos. Ministerio de Salud. [en línea] 2009; p.3 [Citado:7 diciembre 2020] Disponible:
http://www.digemid.minsa.gob.pe/upload/uploaded/pdf/indicadores_urm_2009.pdf
90. Fernandez-Chinguel JE, Zafra-Tanaka JH, Goicochea-Lugo S, Peralta CI, Taype-Rondan A. Aspectos básicos sobre la lectura de revisiones sistemáticas y la interpretación de meta-análisis. Acta Med Peru. 2019;36(2):157-69
91. Medication Safety in Polypharmacy. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2019.[Citado: 7 diciembre 2020].Disponible:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325454?show=full>
92. Ostini R, Hegney D, Jackson C, Williamson M, Mackson JM, Gurman K, Hall W, Tett SE. (2009). Systematic review of interventions to improve prescribing. Ann Pharmacother. 2009; 43(3):502-13
93. Hernández Sampieri, Roberto. Fernández Collado, Carlos. Baptista Lucio, Pilar. Metodología de la Investigación. 6ª Edición. México. McGraw-Hill / Interamericana Editores, SA. de C.V. 2014. pp. 90; 95 – 98
94. Hugo Sánchez Carlessi; Carlos Reyes Romero; Katia Mejía Sáenz. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística. Lima: Vicerectorado de la Universidad Ricardo Palma; 2018
95. Aggarwal P, Woolford SJ, Patel HP. Multi-Morbidity and Polypharmacy in Older People: Challenges and Opportunities for Clinical Practice. Geriatrics (Basel). 2020;5(4):85. Published 2020 Oct 28.

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a) FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN

Instrucciones: Se le pide leer con detenimiento cada pregunta y marcar la alternativa que considere según su conocimiento sobre el tema. Por favor, no deje ninguna en blanco

Especialidad:

Dimensiones/Indicadores /Ítems		CALIFICATIVO		
CONOCIMIENTO				
Conocimiento de normas técnicas		Siempre (3)	A veces (2)	Nunca (1)
	¿Revisa usted las directivas vigentes acerca del llenado correcto de la receta médica?			
	¿Consulta el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción del MINSA o de la OMS?			
Acceso a bases de datos de información científica por Internet		Siempre (3)	A veces (2)	Nunca (1)
	¿Busa la Internet para buscar información médico-científica?			
	¿Ingresa a bases de datos generales como: MEDLINE, LILACS , EMBASE, Hinari?			
	¿Utiliza otras fuentes de información, como: Medscape, Up To Date, Dynamed, Micromedex, Biblioteca Cochrane?			
	¿Ingresa a bases de datos de Guías de Práctica Clínica de su especialidad?			
	¿Consulta la información sobre "ALERTAS" respecto a las restricciones o retiro de fármacos (Digemid, OMS, FDA)?			
Conocimiento del Petitorio de Medicamentos de la Clínica				
	¿Consulta el petitorio o listado farmacológico de la Clínica Delgado?			
	Si fuese necesario, ¿Llama a la Farmacia para consultar sobre la presentación o concentración de algún fármaco?			
	¿Tiene información sobre las novedades farmacológicas que ingresan al petitorio de medicamentos de la clínica?			

HABILIDAD		Siempre (3)	A veces (2)	Nunca (1)
Forma de búsqueda de información por Internet				
	¿Usa directamente el “buscador” general de Google?			
	¿Utiliza otro motor de búsqueda como: Google Académico (Scholar), Pubmed, Free Medical Journals o MD Consult?			
	¿Hace búsqueda avanzada a través de título, autores, fuentes, fecha de publicación, palabras clave y operadores lógicos (booleanos)?			
	¿Busca información médica publicada en inglés u otro idioma			
Lectura de información con validez científica		Siempre (3)	A veces (2)	Nunca (1)
	¿Busca información científica hecha según medicina basada en evidencia (MBE)?			
	¿Analiza la metodología científica y fuentes utilizados en los estudios clínicos que revisa?			
	¿Lee publicaciones de Meta-análisis y Revisiones Sistemáticas?			
ACTITUD				
Comunicación con el paciente		Siempre (3)	A veces (2)	Nunca (1)
	¿Explica con precisión cómo actúan los medicamentos que prescribe?			
	¿Informa acerca de eventos adversos o interacciones que pueden presentar los medicamentos prescritos?			
	Al final de la consulta: ¿Está seguro de que el paciente (o acompañante) entendió las dosis y tiempo de tratamiento de los medicamentos prescritos?			
	¿Indica en la receta recomendaciones no-farmacológicas, como tipo de dieta, actividad física, consejo laboral, cambio de hábitos, fecha de próxima cita, otros’			

b) FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS RECETAS MÉDICAS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	Si	No
Datos del paciente: nombre, edad, documento de identidad		
Número de historia clínica		
Fecha y lugar de la receta		
Datos del médico: nombre, colegio médico, especialidad, registro de especialista		
DIAGNÓSTICO		
Diagnósticos con CIE-10		
MEDICACIÓN PRESCRITA Y ADMINISTRACIÓN		
Nombre DCI del medicamento		
Presentación y concentración		
Dosis horaria		
Vía de administración		
Tiempo de tratamiento		
Indicaciones de administración (hora, ayunas, alimentos, condicionado)		
Se prescriben menos de cuatro fármacos (no incluye tópicos)		
RECOMENDACIONES NO-FARMACOLÓGICAS		
Referidos a cambios de estilo de vida (dieta, ejercicios, hábitos)		
Otras recomendaciones (tipo de reposo, tipo de actividad laboral, etc.)		
Fecha de próxima cita		

ANEXO 2

MATRIZ DE COHERENCIA INTERNA

TÍTULO	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	METODOLOGÍA	POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	TÉCNICA E INSTRUMENTO
<p>LA EVALUACIÓN DEL TALENTO HUMANO Y LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE LOS MÉDICOS EN LA “CLÍNICA DELGADO” DE LIMA</p>	<p>Problema general</p> <p>¿En qué medida la evaluación del talento humano influye en la calidad de prescripción del personal médico?</p> <p>Problemas específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿En qué medida el nivel de conocimientos de normas técnicas influye en la calidad de prescripción médica? ¿Cómo influye el uso de bases de datos de información científica por Internet sobre la calidad de prescripción del personal médico? ¿Cómo influye el conocimiento del formulario de medicamentos de la clínica sobre la calidad de prescripción médica? 	<p>Objetivo General</p> <p>Establecer la influencia de la evaluación del talento humano en la calidad de prescripción del personal médico.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar la influencia del nivel de conocimientos de normas técnicas en la calidad de prescripción médica Determinar la influencia del uso de bases de datos de información científica por Internet sobre la calidad de prescripción médica. Determinar la influencia del conocimiento del formulario de medicamentos de la clínica sobre la calidad de prescripción médica Determinar la influencia de la 	<p>Hipótesis general</p> <p>El nivel de talento humano de los médicos influye positivamente en la calidad de la prescripción médica.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <ol style="list-style-type: none"> El nivel de conocimiento de normas técnicas influye positivamente en la calidad de la prescripción médica. El uso de bases de datos de información científica por Internet influye positivamente en la calidad de prescripción médica. El conocimiento del formulario de medicamentos de la clínica influye positivamente en la calidad de prescripción médica La habilidad para realizar una búsqueda avanzada de información científica influye positivamente en 	<p>V1: Evaluación del talento humano</p> <p>V2: Calidad de prescripción médica</p>	<p>V1:</p> <ol style="list-style-type: none"> Conocimiento Habilidad Actitud <p>V2:</p> <ol style="list-style-type: none"> Datos de identificación Diagnóstico (s) Medicación prescrita Recomendaciones generales no-farmacológicas 	<p>Tipo: Aplicada</p> <p>Nivel: Explicativa</p> <p>Diseño: Expost facto</p> <p>M = Oy (f) OX</p>	<p>POBLACIÓN GENERAL</p> <p>340 médicos laboran en la Clínica Delgado</p> <p>MUESTRA</p> <p>-100 médicos prescriptores -100 recetas prescritas</p>	<p>TÉCNICA</p> <ol style="list-style-type: none"> Encuesta Revisión de documentos <p>INSTRUMENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> Cuestionario Ficha de registro de datos

	<p>4. ¿En qué medida la habilidad para realizar búsqueda avanzada de información científica influye sobre la calidad de prescripción médica?</p> <p>5. ¿En qué medida la lectura de información con validez científica influye sobre la calidad de prescripción?</p> <p>6. ¿Cómo influye la comunicación en la calidad de la prescripción médica?</p>	<p>habilidad para realizar una búsqueda avanzada de información científica en la calidad de prescripción médica.</p> <p>5.Determinar la influencia de la lectura de información con validez científica en la calidad de prescripción médica.</p> <p>6.Determinar la influencia de la comunicación médico-paciente en la calidad de la prescripción médica</p>	<p>la calidad de prescripción médica.</p> <p>5.La lectura de información con validez científica influye positivamente en la calidad de prescripción médica.</p> <p>6.La comunicación médico-paciente influye positivamente en la calidad de la prescripción médica</p>					
--	---	---	--	--	--	--	--	--

ANEXO 3 . CARTAS DE APROBACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Lima, 15 de Noviembre del 2020

Señor
Jaime Planas
Gerente General
Clínica Delgado

Asunto: Solicitud de Aprobación Institucional del Proyecto de Investigación

Estimado Sr. Planas,

Mediante la presente me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y a su vez solicitar la Aprobación Institucional del proyecto de investigación titulado "La evaluación del talento humano y la calidad de prescripción de los médicos en la "Clínica Delgado" de Lima", el cual será realizado por el Médico Aland Gregory Biso Andrade, colaborador de la Clínica Delgado.

El proyecto mencionado será realizado como tesis para optar el grado de Magister en Gerencia de servicios de salud por parte del solicitante, dicho proyecto se encuentra con el código EPI-CD-20-012.

Adjunto a la presente:

- Copia de Carta DCA-UC-2020-011 de conformidad del diseño del Proyecto en investigación por parte de la Dirección Científica y Académica.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para renovar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente:



Jesús Francisco Canales Vargas
Director Médico
Clínica Delgado

Lima, 17 de Noviembre del 2020

Dr.
Aland Gregory Biso Andrade

Presente

Estimado Dr. Biso

Es grato expresarle mi cordial saludo y a su vez informarle que doy autorización institucional al proyecto de investigación titulado "La evaluación del talento humano y la calidad de prescripción de los médicos en la "Clínica Delgado" de Lima", el cual será desarrollado por su persona para obtener el grado de Magister en Gerencia de Servicios de Salud, por el periodo que dure su desarrollo y contará con el número de registro EPI-CD-20-012

Se aclara que debe entregar el informe final correspondiente del proyecto así como manejar el archivo de la documentación obtenido en el Centro de Investigación.

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente,

Ala

Ala



ANEXO 4. FOTOGRAFIAS



Foto 1

Aplicando la encuesta a los diferentes médicos de la Clínica Delgado

Foto 2

Recibiendo las recetas impresas al azar por el Jefe de Farmacia de la Clínica Delgado



