

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
DOCTORADO EN ADMINISTRACIÓN**

TESIS

**MODELO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA POR PROCESOS
PARA LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
DEL MUNICIPIO DE LA CIUDAD DE POSADAS - MISIONES**

Autora: Gloria Beatriz Orzuza

Directora: Hilda Aurora Velásquez

Posadas (AR), NOVIEMBRE de 2013

Tomo 1/2

GLORIA BEATRIZ ORZUZA

**MODELO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA POR PROCESOS
PARA LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
DEL MUNICIPIO DE LA CIUDAD DE POSADAS - MISIONES**

Tesis Doctoral Presentada a la

Universidad Nacional de Misiones – UNAM como
requisito para la obtención del Título de Doctora en Administración

Posadas (AR), NOVIEMBRE de 2013

**MODELO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA POR PROCESOS
PARA LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
DEL MUNICIPIO DE LA CIUDAD DE POSADAS - MISIONES**

GLORIA BEATRIZ ORZUZA

Tesis Doctoral Defendida y Aprobada por el Tribunal Examinador constituido
por los doctores que abajo firman

Fecha de Aprobación _____/_____/_____

Composición del Tribunal Examinador:

Prof. Dr. Institución

Prof. Dr. Institución

Prof. Dr. Institución

Posadas (AR), NOVIEMBRE de 2013

A César Burg
A Elian y Joel Burg

Agradecimientos

A Dios por permitirme alcanzar mi objetivo

A César Burg, mi esposo, por brindarme siempre su apoyo incondicional

A Elian y Joel Burg, mis hijos, mis apreciados tesoros, a quienes les resté muchas horas de mi compañía y a quienes les dejo el legado de constante superación

A Rosa Encina y Rubén Orzuza, mis padres, por su infinita bondad y comprensión, por enseñarme que con dedicación y esfuerzo se alcanzan los objetivos

A mis familiares y amigos, por muchos momentos no compartidos

En especial a la Dra. Hilda Aurora Velázquez, mi directora, por su apoyo, por la experiencia personal y científica compartida durante el desarrollo de esta tesis

A todos que Dios los bendiga

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
Fundamentación.....	1
Problema.....	10
Hipótesis.....	14
Objetivo.....	14
Metodología.....	15
Aporte.....	16
Estructura de la Tesis.....	17
CAPÍTULO I – MARCO REFERENCIAL	20
1.1. Antecedentes en Europa	20
1.1.1. España	20
1.1.1.1. Andalucía	21
1.1.1.1.1. Descripción y Diseño de Procesos Asistenciales	21
1.1.1.1.2. Identificación de los Procesos Clave	22
1.1.1.1.3. Descripción y Diseño de los Procesos Asistenciales - Bases Metodológicas	23
1.1.1.1.4. Propuesta para incorporar la mejor evidencia científica disponible en el Diseño de Procesos Asistenciales	23
1.1.1.1.5. Implantación de los Procesos en la Organización Sanitaria	24
1.1.1.1.6. Metodología de Implantación.....	24
1.1.1.1.7. Estrategia General de Implantación de los Procesos Asistenciales	24
1.1.1.1.8. Control y Mejora Continua de los Procesos.....	25
1.1.1.2. País Vasco	25
1.1.1.2.1. La Gestión por Procesos como Metodología de Trabajo	26
1.1.1.2.2. Certificaciones de Calidad de sus Procesos	30
1.1.1.3. Región de Murcia	31
1.1.1.3.1. Introducción de Modelo de Calidad Europeo – Gestión por Procesos	31
1.1.1.3.2. Gestión por Procesos	32
1.1.2. Alemania - Hospital Universitario de la Ernst-Moritz-Arndt - Universidad de Greifswald	33
1.1.2.1. La Estrategia de Organización por Procesos en el Hospital Universitario	33

1.2. Antecedentes en América	35
1.2.1. México - Hospitales Regionales de Alta Especialidad	35
1.2.1.1 Un nuevo Modelo de Gestión	36
1.2.1.2. Gestión por Procesos	37
1.2.2. Brasil - Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo.....	40
1.2.2.1. Gestión de Procesos	42
1.2.2.1.1. Proceso de Gestión relacionado con el Servicio de Cuidado de la Salud .	42
1.2.2.1.2. Procesos de Gestión de Apoyo	44
1.2.2.1.3. Procesos de Gestión relativos a los Proveedores	44
1.2.3. Chile - Hospital de Niños Dr. Roberto del Río	44
1.2.3.1. Proceso de Planificación Estratégica 2011-2014	45
1.2.3.2. Metodología de Obtención y Análisis de Información en Grupos de Interés	45
1.2.3.3. Plan Estratégico de Desarrollo 2011-2014	46
1.3. Antecedentes en Argentina	50
1.3.1. Buenos Aires	50
1.3.1.1. Universidad Austral	50
1.3.1.2. Hospital El Cruce.....	52
1.3.1.3. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	53
1.3.1.4. Ministro de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Gestión por Procesos, Alta Resolución y Gestión Clínica en Alemania.....	55
1.3.1.5. Política de la Jurisdicción Ministerio de Salud.....	55
1.3.1.6. Hospital Italiano.....	58
1.3.1.7. Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna	59
1.3.2. Córdoba.....	60
1.3.2.1. Introducción de la Gestión por Procesos en un Laboratorio de Investigación Neonatal.....	60
1.3.3. Misiones - Hospital Dr. Ramón Madariaga	61
1.3.3.1. Jornada Taller en Gestión por Procesos	61
1.3.3.2. Seminario Taller en Gestión por Procesos	62
1.3.3.3. Jornadas Multidisciplinarias de Investigación	63
 CAPÍTULO II - MARCO CONCEPTUAL.....	 65
2.1. Marco Conceptual del Proceso	67

2.2. Gestión Estratégica por Procesos	71
2.3. Principios.....	75
2.4. Elementos	76
2.5. Mapa de Procesos.....	77
2.6. Identificación de Procesos.....	82
2.7. Diagrama de Proceso.....	85
2.8. Ficha del Proceso.....	86
2.9. Evaluación.....	88
2.7. Gestión del Conocimiento	96
2.8. Gestión de Cambio.....	100
2.9. Ventajas e Inconvenientes en la Implementación de la Gestión Estratégica por Procesos en las Organizaciones.....	103
CAPITULO III - DISEÑO METODOLÓGICO	108
3.1. Diseño Metodológico.....	108
3.1.1. Tipo de Estudio.....	108
3.1.2. Población.....	108
3.1.3. Instrumentos de Recolección de Datos	109
3.1.3.1. Datos Primarios.....	109
3.1.3.2. Datos Secundarios	110
3.1.4. Variables Analizadas	110
3.1.5. Modelo.....	116
3.2. Diagnóstico.....	123
3.2.1. Política Sanitaria.....	123
3.2.2. Ley de Salud	125
3.2.2.1. Política de Salud.....	125
3.2.3. Programa de Descentralización de la Gestión para la APS	129
3.2.4. Sistema de Salud Pública.....	133
3.2.5. Organización Municipal de la Salud	133
3.2.5.1. Estructura Orgánica.....	133
3.2.5.1.1. Secretaría de Calidad de Vida.....	133
3.2.6. Plan Estratégico	138
3.2.7. Organización en los Centros de Atención Primaria	141
3.2.7.1. Normas Básicas para Centros de Atención Primaria de la Salud.....	141

3.2.7.2. Seguimiento del Proyecto de Fortalecimiento de APS	142
3.2.7.3. Plan Nacer.....	143
3.2.7.3.1. Transferencia de Fondos.....	144
CAPÍTULO IV - ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	147
4.1. Resultados de la Entrevista a los Responsables de los CAPS	147
4.1.1. Entidad – Identificación del Centro de Salud.....	147
4.1.2. Organización	147
4.1.3. Estructura Orgánica y Funcional	148
4.1.4. Recursos Humanos	150
4.1.5. Gestión.....	150
4.1.6. Grado de Involucramiento	162
4.2. Resultados de las Encuestas a los Clientes-Pacientes de los Centros de Atención Primaria.....	165
4.2.1. Particularidades del Encuestado	165
4.2.2. Demanda	168
4.2.3. Opinión.....	171
4.2.4. Grados de Satisfacción de sus Expectativas y Necesidades	176
CAPITULO V - MODELO DE GESTION ESTRATÉGICA POR PROCESOS PARA LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	180
5.1. Primera Parte: Gestión del Cambio – Conocimiento	183
5.1.1. Cambio.....	183
5.1.2. Conocimiento	185
5.1.2.1. Misión, Visión y Valores	187
5.1.2.2. Formación del Equipo de Trabajo e Identificación de Procesos.....	188
5.1.2.2.1. Equipo de Trabajo	188
5.1.2.2.2. Identificación de Procesos.....	192
5.1.2.3. Designación del Coordinador del Proceso	204
5.2. Segunda Parte: Gestión por Procesos	206
5.2.1. Equilibrio.....	206
5.2.1.1. Conocer las Expectativas y Necesidades de los Clientes	206
5.2.1.2. Definir los Flujos de Entrada y Salida del Proceso.....	207
5.2.1.3. Métricas del Proceso	210

5.2.3. Control.....	212
5.2.3.1. Monitoreo de Indicadores	212
5.2.3.1.1. Monitorización de los Procesos	213
5.2.3.1.2. Cuadro de Mando.....	213
5.2.3.2. Evaluación de la Gestión por Procesos	218
5.2.3.2.1. Política y Estrategia del Proceso en el Centro de Salud	219
 CONCLUSIONES.....	 221
 BIBLIOGRAFÍA	 226
 ANEXOS 241	
Anexo I - Mapa de los Criterios en el Modelo EFQM.....	242
Anexo II - Entrevista y Encuesta	243
Anexo III - Modelo de Formulario de Proyecto Municipal para Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud	252
Anexo IV - Modelo de Convenio para la Descentralización de la Gestión en la Atención Primaria de la Salud	257
Anexo V - Decreto 1089 Metodología de Transferencia de Aporte y Decreto 1131 Régimen de Discriminación Positiva	262
Anexo VI - Reasignación de Partidas entre Rubros Presupuestados	264
Anexo VII - Prórroga de los Convenios Suscriptos entre el Gobierno de la Provincia y el Municipio	265
Anexo VIII - Provincia de Misiones Reestructuración Zonas de Salud y Áreas Programáticas Organigrama	266
Anexo IX - Provincia de Misiones Zonas de Salud y Áreas Programáticas.....	267
Anexo X - Municipalidad de la Ciudad de Posadas Estructura Orgánica	278
Anexo XI - Habilitación	280
Anexo XII - Recursos Humanos y Documentación.....	283
Anexo XIII - Resolución N° 865	285
Anexo XIV - Formularios	287
Anexo XV - Formulario de Proyecto Municipal para el Fortalecimiento de la APS ..	305
Anexo XVI - Programa de Descentralización de la Gestión para la APS Municipalidad de la Ciudad de Posadas	311

Anexo XVII - Nuevas Disposiciones para los Efectores	312
Anexo XVIII - Plan Nacer Transferencia de Fondos Gestión Administrativa	325
Anexo XIX - Plan Nacer Modelo de Planilla de Facturación y de Interconsultas.....	326
Anexo XX – Plan Nacer.....	328
Anexo XXI - Asignación Universal por Hijo para Protección Social	338
Anexo XXII - Plan Provincial Mamá Decreto N° 2978	341
Anexo XXIII - Programa Hambre Cero Inscripción	356
Anexo XXIV – Agenda y Requisitos para una Reunión Eficaz	357
Anexo XXV – Cronograma de Actividades	359
Anexo XXVI – Retribución y Funciones derivadas del Puesto de Trabajo del Coordinador	360
Anexo XXVII - Voz del Usuario.....	361

TABLAS

Tabla 1. Resumen del Concepto Proceso	68
Tabla 2. Concepto de Gestión por Procesos.....	73
Tabla 3. Variables a Analizar en la Entrevista	111
Tabla 4. Matriz de Variables de las Encuestas.....	115
Tabla 5. Municipalidad de la Ciudad de Posadas - Plan Nacer Transferencia de Fondos	145
Tabla 6. Responsable del Centro de Salud	147
Tabla 7. Plan Mamá - Cantidad de Beneficiarias Atendidas por CAPS Municipal...	157
Tabla 8. CAPS - Área de Cobertura	159
Tabla 9. Estadísticas del Centro de Salud.....	160
Tabla 10. Sexo de las Personas Encuestadas	165
Tabla 11. Situación Laboral de los Encuestados.....	166
Tabla 12. Procedencia de los Usuarios de la Demanda.....	167
Tabla 13. Motivo de la Consulta al Centro de Salud	168
Tabla 14. Solución al Motivo de la Consulta.....	169
Tabla 15. Suministro de Remedios	170
Tabla 16. Le Atendieron sin Dificultad.....	171
Tabla 17. Tiempo de Espera para Conseguir Cita y Acceder a la Consulta.....	173
Tabla 18. Oferta de Médicos	174
Tabla 19. Considera Suficiente la Cantidad de Enfermera	175

Tabla 20. Considera Suficiente la Cantidad de Administrativos	175
Tabla 21. Considera Suficiente la Cantidad de Personal de Apoyo	175
Tabla 22. Considera Suficiente la Cantidad de Asistente Social	175
Tabla 23. Atención y Funcionamiento	176
Tabla 24. Atención Médica	177
Tabla 25. Opinión sobre la Estructura Edilicia, Limpieza, Apariencia y Comodidad	178
Tabla 26. Misión, Visión y Valores del Centro de Salud	188
Tabla 27. Planificación del Proyecto	191
Tabla 28. Roles del Equipo de Trabajo	192
Tabla 29. Optimización de la Organización del CAPS	195
Tabla 30. Optimización de la Información	196
Tabla 31. Optimización del Recurso Humano	197
Tabla 32. Optimización de la Gestión.....	197
Tabla 33. Gestión de Calidad	198
Tabla 34. Equilibrio de Procesos.....	200
Tabla 35. Priorización de Procesos	203
Tabla 36. Puesto de Trabajo - Coordinador del Proceso.....	205
Tabla 37. Misión y Límite Plan Nacer y Cobertura de Inmunización	208
Tabla 38. Flujos de Salida en el Proceso Plan Nacer	209
Tabla 39. Flujo de Entrada en el Proceso Plan Nacer.....	210
Tabla 40. Control de Gestión del Proceso Captación Temprana de Embarazadas - Cobertura de Inmunización Niños hasta 1 año	211
Tabla 41. Monitorización de Indicadores – Atributos – Plan Nacer	214
Tabla 42. Cuadro de Mando Proceso Plan Nacer	216
Tabla 43. Política y Estrategia del Proceso en el Centro de Salud	219
Tabla 44. Indicadores para Medir Resultados Claves de Calidad	220

FIGURAS

Figura 1. Municipalidad de Posadas - Organigrama	135
Figura 2. Municipalidad de Posadas	136
Figura 3. Centro de Atención Primaria de la Salud	148
Figura 4. Contexto Sanitario del Modelo GEP para Centros de Salud	181
Figura 5. Modelo Sistémico para el Centros de Atención Primaria de la Salud.....	182

Figura 6. Inserción del Proyecto CAPS – GEP 2015 en el Organigrama de la Municipalidad	186
Figura 7. Mapa de Procesos General del Centro de Salud	193
Figura 8. Procesos de Gestión del Plan Nacer.....	202
Figura 9. Equilibrio	206
Figura 10. Control.....	212

GÁFICOS

Gráfico 1. Tiempo y Dificultad del Cambio	117
Gráfico 2. Cantidad de Personas que trabajan en los Centro de Salud	149
Gráfico 3. Recursos Humanos en los CAPS - Situación Laboral	150
Gráfico 4. Sexo de las Personas Encuestadas	165
Gráfico 5. Situación Laboral de los Encuestados	166
Gráfico 6. Procedencia de los Usuarios de la Demanda	167
Gráfico 7. Motivo de la Consulta al Centro de Salud	169
Gráfico 8. Solución al Motivo de la Consulta	170
Gráfico 9. Suministro de Remedios	171
Gráfico 10. Le Atendieron sin Dificultad	172
Gráfico 11. Tiempo de Espera para Conseguir Cita y Acceder a la Consulta	173
Gráfico 12. Oferta de Médicos.....	174
Gráfico 13. Atención y Funcionamiento.....	176
Gráfico 14. Atención Médica	177
Gráfico 15. Opinión sobre la Estructura Edilicia, Limpieza, Apariencia y Comodidad	178
Gráfico 16. Gestión de Cambio hacia una Organización Sistémica	184
Gráfico 17. Conocimiento - Aprendizaje	187

ABREVIATURAS

AFIP	Administración Federal de Ingresos Públicos
AP	Atención Primaria
APS	Atención Primaria de la Salud
APySA	Atención Primaria y Salud Ambiental
ATT	Antitoxina Tetánica – Vacuna antitetánica
CAPS	Centro de Atención Primaria de la Salud
CAPS-GEP 2015	CAPS PLAN GEP POSADAS 2015 Centro de Atención Primaria de la Salud Gestión Estratégica por Procesos Posadas 2015
CBU	Clave Bancaria Única
CMI	Ronda Completa de Agente Sanitario y Encuentros para Promoción
CUIT	Clave Única de identificación Tributaria
DNI	Documento Nacional de Identidad
EFQM	Modelo Europeo de Calidad (European Foundation for Quality Management)
ET	Equipo de Trabajo
GCABA	Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
GEP	Gestión Estratégica por Procesos
HIV	Virus de Inmunodeficiencia Humana
IDEF	Modelo Integrado de Funcionamiento Definido
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IMI	Grupos de Imágenes
INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
ISO	Organización Internacional de Normalización
KPTT	Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada con Kaolin
LMI	Pruebas de Laboratorio
MEM	Medio Esencial Mínimo (cultivo de tejidos)
MER	Consulta prenatal
MPA	Atención de Parto
MPU	Consulta de Puerperio
MSP	Ministerio de Salud Pública

NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
NNE	Tratamiento Inmediato de Enfermedades Venéreas
NPE	Consulta Pediátrica
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismos No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAMI	Programa De Atención Médica Integral
PDCA	Planificar, Hacer, Verificar y Actuar
PEP2022	Plan Estratégico Posadas 2022
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
ProDeGAPS	Programa de Descentralización de la Gestión para la Atención Primaria de la Salud
ProFAPS	Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud
PUCO	Padrón Único Consolidado Operativo
REDER	Resultados, Enfoque, Despliegue y Evaluación y Revisión
RGM	Responsable de la Gestión Municipal del Proyecto
RPM	Responsable del Proyecto Municipal
RRHH	Recursos Humanos
RUSMI	Registro Único de Salud de Misiones
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SPD	Secretaría de Promoción del Desarrollo
TIC	Tecnología de la Información y la Comunicación
TMI	Transporte
TSH	Examen de la Hormona Estimulante de la Tiroides
UGSP	Unidad de Gestión del Seguro Provincial Materno Infantil
UNICEF	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia
VDRL	Prueba Serológica para la Sífilis
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

Fundamentación

La provincia de Misiones tiene una superficie de 29.801km², aproximadamente el 0,8% del total nacional, es un territorio delimitado por un 90% de fronteras hídricas, posee una densidad media de 37 hab/Km² Está dividida en 17 Departamentos, conformados por 75 Municipios.

La población de Misiones asciende a 1.101.593 personas, que representa el 2,7% de la población del país, según datos del último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2.010; ello implica un crecimiento del 14,1 % con respecto al Censo de 2.001; este crecimiento demográfico fue superior al País que presenta una variación relativa de 10,6%.

Si se compara el crecimiento de la población a través de los distintos Censos de Población realizados, se observa que entre los Censos de los años 1960 y 2010, la población se incrementó en un 204,8% en la provincia de Misiones.

El índice de masculinidad es del 98,8%. El porcentaje de la población misionera menores a 15 años ascendía a 32,5%, según datos del Censo Nacional 2010 y a nivel País alcanzaba al 25,5%. La población de 65 años y más, representaba el 6,3% en Misiones y a nivel nacional el 10,2%. En Misiones el porcentaje de la población menor a 15 años es mayor a la del País y la situación inversa se expresa en la población mayor a 65 años.

Dado que a la fecha el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) no ha publicado la totalidad de los datos que surgirían del Censo correspondiente al año 2010, se considera, a los efectos de apreciar la situación sociodemográfica de la población misionera la información del Censo 2001. Del total de la población censada en el año 2001 (965.522 personas), el 70,6 % (681.673 personas) habitaban en el área urbana y el 29,4 % (283.849 personas) en la rural.

La tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes correspondiente al 2008 ascendía a 23,1 por mil en Misiones, superior a la cifra del total del país del 18,8 por mil, en base a los datos publicados por el Ministerio de Salud de la Nación, en los Indicadores Básicos, Argentina 2010.

El Censo de Población del 2001 expresa que la esperanza de vida al nacer se ubicaba en 72,7 años; levemente inferior al estimado para el País de 73,8.

En función a las proyecciones elaboradas por el INDEC se estima que en el 2.015 la esperanza de vida para los varones alcanzaría a 72,54 años y para las mujeres a 79,15.

Las proyecciones y estimaciones elaboradas por el INDEC para el período 2005-2010, publicadas en los Indicadores Básicos, respecto a la tasa global de fecundidad, para Misiones se ubicaba en el 3,15 hijos por mujer, superior a la cantidad de hijos que tendría en promedio una mujer a nivel nacional 2,3.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) elabora el Índice de Desarrollo Humano (IDH). Este índice es un indicador del desarrollo humano por país. Se basa en un indicador social estadístico que mide los avances medios logrados por un país en tres aspectos básicos del desarrollo humano: la salud (entendida como la vida larga y saludable de las personas medida según la esperanza de vida al nacer), la educación (es decir el conocimiento medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y terciaria) y el ingreso (nivel de vida digno medida por el producto bruto interno per cápita en términos de la paridad del poder adquisitivo en dólares estadounidenses).

En el año 2004 el IDH en la Argentina alcanzó un valor de 0,788, más alto que a nivel provincial que fue de 0,679. A nivel País el índice lo ubica en el rango de desarrollo humano alto y a la Provincia medio.

El porcentaje de la población misionera que poseía necesidades básicas insatisfechas (NBI) alcanzaba el 27,1 %, según datos que surgen del Censo de Población del 2001; que correspondía a 260.271 personas en hogares con NBI sobre un total de 960.002. Superior al total país que ascendía a 17,7%.

Asimismo con respecto a la cantidad de hogares con NBI asciende al 23,5%, lo que representa 55.215 hogares sobre un total de 235.004. Superior al porcentaje que reflejaba el País de 14,3.

La población misionera de 10 años y más, asciende a 871.555 personas. El 4,1% de esa población se encuentran en situación de analfabetismo, porcentaje que representa a 35.772 personas, 17.110 varones y 18.662 mujeres, según

datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares 2010. A nivel nacional el analfabetismo asciende a 1,9%.

Los datos del Censo Nacional del 2001, indicaban que Misiones tenía un 6,2% de su población analfabeta, la resultante del 2010 implica un descenso en este nivel.

Respecto a la utilización de la computadora. La población de 3 años y más que vive en viviendas particulares asciende a 1.022.660 personas, según datos del Censo Nacional 2010, de las cuales el 62,1% no utiliza computadora. A nivel nacional ese porcentaje es del 46,7%. Misiones presenta un porcentaje significativamente superior al del País.

En el año 2001 el 10,2% de los hogares misioneros disponían de computadora, en el 2010 ascendió al 28,4. Situación que es inferior al nivel nacional que, en el mismo período de tiempo aumentó del 20,5 al 40,7%.

La situación de los hogares con disponibilidad de agua de red en Misiones ha mejorado sustancialmente respecto al Censo Nacional 2001, pasó de 59,5 a 71,9% en el 2010.

Respecto a la media nacional ha mejorado, pero no en la misma magnitud que en la Provincia, pasó del 80,1 al 83,9%. Comparando a la Provincia con la Nación, la disponibilidad de agua de red en Misiones es considerablemente menor al porcentaje de la media nacional.

Los hogares misioneros conectados a los desagües cloacales no alcanza al 20%, a pesar que el 2010 presenta una tendencia creciente respecto al 2001.

Igual situación se presenta a nivel nacional, donde recién en el 2010 las conexiones de los hogares a la red cloacal superaron el 50%.

En cuanto a la tasa de actividad de Posadas, para el cuarto trimestre de 2010, alcanzó a 39,5%, mayor a la Región Noreste, 35,4% y menor al total de los 31 aglomerados urbanos, 45,8%.

La tasa de empleo alcanzó al 37,6%, menor a la de los 31 aglomerados 42,4%. La desocupación llegó a un 5%, mayor a la Región, 3% y menor a los 31 aglomerados urbanos, 7,3%.

La tasa de los subocupados demandantes coincide con la del total de los 31 aglomerados urbanos, 5,5% y la de los no demandantes, es inferior a la expresada para los aglomerados urbanos, 0,5 y 2,8%, respectivamente.

Respecto a los Indicadores de Recursos, Acceso y Cobertura. Los Indicadores Básicos de la Argentina para el 2010 expresan que el número de médicos, considerando la cantidad de personas de 20 y más años con educación universitaria completa, al año 2001, ascendía a 1.446 médicos y a 3.125 camas disponibles en los establecimientos asistenciales al 2000, en la provincia de Misiones. A nivel País, correspondía para los mismos años, 121.076 médicos y 153.065 camas.

El total de establecimientos asistenciales en Misiones ascendía al año 2000 a 617 establecimientos, de los cuales 82% correspondían a establecimientos asistenciales sin internación.

El 57,8% de la población misionera no contaba con la cobertura de una obra social, a fecha del Censo Nacional 2001; porcentaje superior al que presenta el nivel país de 48,1%.

Según el grupo de edades que no poseían cobertura, el porcentaje más alto correspondería a los niños entre 0 a 4 años, con un 66,2%, acompañado por la población entre 5 y 14 y de 15 a 19 años, ambos con el 59,4%. Según datos del Censo 2001, un representativo porcentaje de la población requería de los servicios públicos de salud, al no contar con cobertura médica.

De los datos publicados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 se observa que tomando en cuenta la cantidad de población que habita en viviendas particulares, en Misiones el 43,6% de los mismos no poseen cobertura de salud y a nivel País representa el 36,1%.

Comparando los datos de ambos Censos resulta una mejora importante en Misiones, dónde la población sin cobertura de salud disminuyó del 57,8 al 43,6%. La diferencia importante estriba que al año 2010, se considera que la población tiene cobertura de salud, no solo si tiene una obra social por su empleo sino también si accede a una obra social a través de una prepaga por contratación voluntaria, o si posee cobertura a través de programas y planes estatales de salud. Si se considera solo la cantidad de personas que tienen obra social a

través de un empleo y que incluye a los jubilados comprendidos en el PAMI, el porcentaje es similar al año 2001, 57,1%.

La misma situación se presenta con los datos de nivel nacional, dónde la cobertura de salud pasó del 48,1 al 36,1%. Si se considera sólo a los ciudadanos que tienen una obra social el porcentaje es similar al 2001, 46,4%.

Respecto a los Indicadores de Morbilidad. Este indicador permite conocer la pérdida de salud por las principales enfermedades que afectan a una población. En Misiones se observa, que de la información publicada al respecto, los casos de tuberculosis expresa el número más significativos de las enfermedades, 210 casos en el 2009, después se ubica el VIH con 118 y Sífilis congénita 107. Al 2009, Misiones no registraba casos de Hantavirus, Chagas y Meningitis.

Indicadores de Mortalidad. La tasa bruta de mortalidad por cada 1.000 habitantes en Misiones es inferior a la del país, 5,39 y 7,6% respectivamente, para el año 2008.

Situación distinta se presenta con las tasas de mortalidad materna e infantil, en ambos casos superan a las del país. La materna es del 7,6 y la nacional 4 por cada 10.000 nacidos vivos; mientras la infantil es del 13,9 y la del país alcanza al 12,5 por cada mil nacidos vivos. Esto indica condiciones o nivel de vida deficitarias a nivel provincial.

Indicadores de Salud Materno Infantil. La tasa bruta de natalidad expresada por 1.000 habitantes, al 2008, en Misiones es superior al nivel nacional, 23,1 y 18,8 por mil, respectivamente.

El 98,4% de los niños nacidos en Misiones ocurrió en un establecimiento asistencial, cifra levemente inferior al nacional de 99,4. Igual situación se expresa para el porcentaje de niños nacidos con muy bajo peso, menos de 1.500 gr. y 2.500 gr.; en el último caso los porcentajes se igualan en 7,3%

El porcentaje de niños nacidos en el 2008, cuyas madres tenían menos de 15 o de 20 años, presentan para Misiones un índice significativamente mayor que la media nacional. Con madre menores a 15 años el índice expresa 0,9% para la Provincia y para el País 0,4 y para el grupo de madres que no alcanzan los 20 años de edad, 22,1 para Misiones y 15,5% para el País.

Respecto a las distintas tasas de mortalidad se observa que todos los porcentajes que corresponden a Misiones son superiores a la media nacional.

Este encuadre demográfico particularizó a los usuarios del sistema sanitario argentino. Debido a ello, la década del 90` caracterizó a diversos países, entre ellos a la Argentina, por afrontar el fenómeno de la globalización económica acordada en el Consenso de Washington¹. La visión del Estado omnipotente fue cambiando paulatinamente e incorporando criterios más amplios de participación, las intervenciones debieron orientarse a la focalización de los grupos más vulnerables formulándose proyectos específicos acordes a las necesidades concretas de estos grupos. Este cambio de concepción obedeció a la crisis que la deuda externa trajo aparejada produciendo una serie de desequilibrios políticos y económicos, internos y externos, que en realidad se habían iniciado desde los 70` y en la década siguiente, fue la causante del profundo proceso de reforma del Estado con el fin de reducir el déficit y consolidar las reformas estructurales que fueran necesarias. Estas medidas condujeron a la privatización de empresas y activos públicos, que consecuentemente produjeron la desregulación de la actividad económica y de ciertos servicios sociales, descentralización de servicios, entre ellos los sanitarios y además fue acompañada de una fuerte reestructuración política y administrativa tributaria que repercutió en la población de menores recursos².

En la configuración del nuevo modelo de relaciones, el Estado se fue desvinculando de la atención en los servicios públicos, produciendo en consecuencia una creciente mercantilización de actividades donde tradicionalmente había asumido un rol preponderante: por ejemplo educación y

¹ Este consenso estableció medidas de ajuste económicas promovidas por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). Las mismas demandaron a los gobiernos la toma de medidas tendientes a lograr el equilibrio y la austeridad fiscal. Lo que trajo aparejado un ajuste en la política monetaria de los países, la flexibilización del mercado del trabajo; la disminución de la carga social y la consecuente caída de los salarios. (Báez y otras 2001, en Velázquez, H., 2007, pág. 25).

² El efecto de estos factores, en conjunto, aumentó la dificultad del Estado para obtener ingresos directos e indirectos por los impuestos sobre la producción y distribución de bienes. De modo que frente a los problemas de estabilización, por los que se efectuaron recortes al gasto público, la dificultad para aumentar los ingresos obstaculizó la generación de un volumen de excedentes primarios suficiente para financiar la compra de divisas al sector privado, para que éste a su vez cumpla con los servicios de la deuda. (Vinocur 1993, en Velázquez, H., 2007, pág. 27).

salud. En este contexto, el sistema sanitario argentino inicia un período caracterizado por una grave deficiencia en materia de capacidad gerencial constante. En el caso de los hospitales, su incidencia en el deterioro de las prestaciones no es por cierto menor a la que tiene origen en la falta de insumos y de limpieza, la insuficiencia presupuestaria o las carencias en materia de recursos humanos y equipamiento médico.

Este modelo paradigmático de atención de salud vulneró la garantía constitucional de acceso de salud para toda la población. Las líneas de acción establecidas condujeron a la descentralización de los sistemas de salud que, en la Argentina, se profundizó en la década del noventa, como parte de un proceso de reforma del Estado. Por medio de ella, se buscaba el acercamiento de los servicios de salud a la población, sin embargo, se aplicaron ajustes más profundos durante la crisis socio-económica de 2001, cuyo resultado condujo a la devaluación de la moneda, la relación del dólar con respecto al peso 3U\$S/\$, indicador responsable del incremento en los costos del sector salud, medicamentos, insumos, equipos y tecnología, situación que dificultaba que los servicios de salud pudieran reponer o actualizar equipamientos médicos, dificultándose también el acceso de la población a los medicamentos e insumos normalmente utilizados.

Por otro lado, la disminución del poder adquisitivo de la población sumado al fuerte desempleo y al trabajo informal (que no realiza aporte a la seguridad social) implicó un aumento en el número de personas sin cobertura de Seguro de Salud. Dado que no podían pagar los valores de las cuotas de las obras sociales, privadas y voluntarias como las prepagas y seguros, o público y obligatorio como las obras sociales del sistema de seguridad social ligado al empleo.

Estos ciudadanos que habitualmente se atendían en establecimientos privados se volcaron a los hospitales públicos en busca de atención. Por lo que el sistema público fue superado por la masiva demanda de atención de la población que no poseía cobertura social.

Este proceder produjo un impacto negativo en el sector público, debido a que la organización y el presupuesto para financiar el funcionamiento de estas instituciones no acompañaron la demanda creciente de servicios. La escasez de

recursos financieros en la administración de salud, obligó al Estado a formular propuestas superadoras para incrementar la eficiencia en la gestión, de modo de cubrir la demanda.

Los actores responsables de decidir sobre qué políticas son necesarias para satisfacer las necesidades sociales de los ciudadanos, garantizando la equidad y solidaridad conjugando la eficiencia y eficacia, se enfrentaron a la exigencia de un cambio en los modelos de atención y de gestión en salud, básicamente la necesidad de generar políticas públicas que garantizaran el acceso a las prestaciones de salud en toda la provincia. En este sentido para lograr los propósitos, las nuevas políticas de gestión estuvieron orientadas a reforzar la Atención Primaria de la Salud como estrategia para incluir a todos los sectores de la población. Entendiéndose a la Atención Primaria (APS) como una estrategia que concibe integralmente los “problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.”³ Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad, con el sistema nacional de salud, “llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”⁴ Asistencia esencial puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad y a un costo que tanto la comunidad como el país puedan soportar. Siendo los Centros Atención Primaria de la Salud (CAPS), los establecimientos donde se implementan y ejecutan los programas de atención y prevención, cumplimentándose así los principios básicos

³ GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. (2008). *Atención Primaria*. Disponible en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/a_primaria/presentacion.php?menu_id=17656. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

⁴ ZURRO, A. y JODAR SOLÁ, G. (2011). *Atención Primaria de Salud y Atención Familiar y Comunitaria*. Elsevier España S.L., pág. 4. Disponible en <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

de la APS. Un “centro de salud es una organización sanitaria,”⁵ conformado por un grupo de profesionales “que proveen de servicios sanitarios a otras personas en el ámbito del primer nivel asistencial de atención sanitaria.”⁶ Es una estructura funcional que permite el desarrollo de la mayor parte de las actividades propias de la APS, es una opción organizativa adecuada para “que los distintos profesionales que integran los equipos de salud puedan realizar sus funciones: desde las de acogida inicial del usuario hasta las asistenciales curativas y de promoción y prevención.”⁷

La Provincia de Misiones se vio incluida en este contexto sanitario, si bien la estructura de atención pública incluye a todos los habitantes, atiende principalmente a quienes no poseen una cobertura social formal. Al igual que el resto del país, el sector público sanitario afrontó transformaciones que reflejaron el contexto nacional. Una de las políticas que se instaló en la década de los 90` fue la autogestión de los hospitales públicos, modalidad que se resintió por los sucesos económicos y requirió nuevos lineamientos políticos para lograr una más efectiva cobertura. Es así que la demanda de salud, del primer nivel de atención atendida en los centros de salud, fue regulada, por la Ley Provincial de Salud, Ley XVII N° 58. Este acontecimiento legislativo marcó una impronta en la gestión sanitaria provincial, pues se constituyó en la normativa que garantiza a todos los habitantes de la provincia de Misiones el acceso al mejor nivel de salud y calidad de vida.

⁵ LLERAS MUÑOZ, S. (2002). *Gestión por procesos: su utilidad en Atención Primaria*. Elsevier, SEMERGEN - Medicina de familia, España, Junio 2002, Volumen 28, N° 06. Disponible en <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/articulo/gestion-por-procesos-su-utilidad-13034335>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

⁶ JORDI, D. (2008). *Gestión en Atención Primaria. Gestión por procesos*. Medical Economics, Edición Española de Spanish Publishers Associates, Abril 2008, Volumen 5, N° 8, pág. 12. Disponible en http://www.medcoes.com/pdfs/comps/pdf_89.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

⁷ ZURRO, A. y JODAR SOLÁ, G. (2011). *Atención Primaria de Salud y Atención Familiar y Comunitaria*. Elsevier España S.L., pág. 5. Disponible en <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

Asignándole “la responsabilidad de la formulación de los lineamientos de las políticas de salud al Consejo Provincial de Salud”⁸ quien debe arbitrar los mecanismos para la interacción de todos los sectores que integran el sistema de salud y para la consulta y participación de las organizaciones vinculadas a la problemática sanitaria.

Asimismo en el marco de transferencia de responsabilidades del gobierno nacional al provincial y de éste al municipal; el estado provincial delega parte de la atención primaria de la salud a los municipios, habilitándose así la asistencia sanitaria municipal.

Problema

El Departamento Capital cuenta, al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, con 324.756 habitantes; en su conjunto la población capitalina representa al 29,5% de la población misionera. Respecto al Censo 2001 presenta una variación relativa de crecimiento poblacional, del 14,2%, similar al crecimiento de nivel provincial, 14,1.

La población del Departamento Capital comprendidos en el grupo de edad de 10 años y más, asciende a 264.943 ciudadanos, de los cuales el 2,1% son analfabetos; expresados en números representa a 5.549 personas.

La población comprendida en la franja etaria de 3 años y más que habitan en viviendas particulares ascienden a 304.297 personas al Censo del 2010, de los cuales el 46% no utiliza una computadora. Si bien el porcentaje de no utilización representa casi a la mitad de la población comprendida en el rango de edad estimado, es una situación con tendencia favorable respecto al nivel provincial que expresa un 62,1% de población que no utiliza el sistema informático.

El 30,7% de los hogares misioneros (93.120) se ubican en el Departamento Capital, de éstos el 87,9% tienen acceso al agua corriente por cañerías ubicadas dentro de las viviendas, el 9,7% fuera de la vivienda por dentro del terreno y el

⁸ CÁMARA DE REPRESENTANTE DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2007). *Ley Provincial de Salud N° 4388*. Dictamen N° 032/2007-08. Ley XVII N° 58. Cámara de Representante de la Provincia de Misiones, Digesto Jurídico, 2007.

2,4% fuera del terreno. El 43,3% de estos hogares tienen el desagüe del inodoro a la red cloacal; el 32,7% a cámara séptica y pozo ciego.

Al observar los hogares por material predominante de los pisos de la vivienda y según el material predominante de la cubierta exterior del techo y presencia del cielorraso, en el Departamento Capital en el año 2010, de los 63.242 hogares existentes, el 68% posee como material predominante en el techo, chapa de metal con cielorraso; el 12,4% presenta chapa de metal sin cielorraso y el 5,1% pizarras o tejas con cielorraso. Y con respecto a los pisos, la mayor incidencia se corresponde a los hogares que poseen como techo chapa de metal con cielorraso, así el 77,9% de las viviendas con estas características presentan pisos tipo cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombrado; el 21,1% cemento o ladrillo fijo.

Al clasificar a los hogares por tipo de vivienda, según combustible utilizado para cocinar se parte que Misiones es una provincia que no cuenta con gas de red, por lo que, en el Departamento Capital, el combustible utilizado principalmente para cocinar, es el gas en garrafa. Así el 89,5% de los 93.120 hogares del Departamento, consume este tipo de combustible. Respecto al tipo de vivienda que lo utiliza el 82,1% son casas, el 11,4% departamentos, citando los más representativos.

Los datos publicados por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud para la Argentina expresan que en el año 2009 la tasa bruta de natalidad para el Departamento Capital ascendía a 19,9 por mil. Tasa inferior a la provincial que alcanzaba al 23,7 por mil.

La población de la ciudad de Posadas presentaba una tasa del 20% de Necesidades Básicas Insatisfechas, en el 2001; inferior a la Provincia que asumía una tasa del 27,1%. Los hogares de Posadas asumían una tasa del 17% de NBI que correspondían a 11.124 hogares posadeños, este índice es inferior al que presenta el nivel provincial, 23,5%. Se esperan los datos oficiales del Censo Nacional 2010 respecto a las NBI, para observar la actual situación, después de 10 años.

La política sanitaria de la provincia de Misiones definida en su “Ley de Salud, establece que la atención primaria es el garante de la salud integral;”⁹ que se constituye como el eje del cambio de la política sanitaria porque a través de la misma se podrá disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir mediante acciones de promoción, prevención y protección de la salud de las familias misioneras, a cargo de recursos humanos capacitados.

Este modelo de gestión sanitaria, que se basa en la descentralización de los servicios hospitalarios y cuya prioridad es el fortalecimiento, desarrollo integral y optimización de la APS; propende a la descentralización de los servicios médicos del subsector estatal de salud¹⁰ hacia la Atención Primaria de la Salud; posibilitando en esta instancia primordialmente el desarrollo de las competencias de los gobiernos locales en la gestión de los servicios de la APS, así como la participación de la comunidad en el cuidado de su salud, ayudados por la total articulación y complementación de las pautas institucionales de la Provincia y de los Municipios.

Es en este proceso donde los municipios asumen un papel primordial en la gestión, ya que el gobierno provincial les delega los servicios de la atención primaria, que se materializa en el Centro de Atención Primaria de la Salud, entendido como la institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal; “donde se brinda asistencia sanitaria esencial, basada en métodos, tecnologías y prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables puestas al alcance de todas las familias.”¹¹

Para concretar esta transferencia de responsabilidades en el ámbito de la salud, en el año 2.008, el Poder Ejecutivo sanciona el Programa de Descentralización de la Gestión para la Atención Primaria de la Salud. Programa

⁹ CÁMARA DE REPRESENTANTE DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2007). *Ley Provincial de Salud N° 4388*. Dictamen N° 032/2007-08, Ley XVII N° 5.

¹⁰ Conforman el subsector estatal de salud las entidades públicas que prestan servicios de salud, como las entidades y dependencias descentralizadas del orden provincial y municipal y las instituciones públicas de seguridad social referidas a la prestación de servicios de salud.

¹¹ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2011). *Remediar más Redes*. Presidencia de la Nación, Remediar más Redes. Disponible en http://www.remediar.gov.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=11. Fecha de acceso: 01 de abril de 2011

que tiene por finalidad, fortalecer la colaboración y participación de la Provincia con sus municipios en los procesos de cogestión y corresponsabilidad social de la salud en general y en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios de salud en particular. Ese mismo año, el Municipio de la Ciudad de Posadas presenta, en el marco de este Programa, un Proyecto para el Fortalecimiento de la APS municipal, lo que le permite firmar un convenio con el Gobierno de la Provincia, bajo el ámbito de cogestión entre el Municipio y el Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

Si bien el Convenio establece las actividades que se concretarán y que su ejecución se controla por medio de la presentación de informes parciales de carácter periódico se observa que, pasado cuatro años de su puesta en marcha, se manifiestan claras deficiencias en la gestión en los distintos Centros de Atención municipal; evidenciados en la ineficacia de las rendiciones de los programas; en el logro de las metas establecidas; en el bajo desempeño y rendimiento del recurso humano; en la falta de insumos necesarios para la atención de los pacientes, en el no cumplimiento de los indicadores sanitarios definidos. Cuyo resultado se refleja, claramente, en la atención al paciente que expresa su insatisfacción por la atención recibida, ya que no puede conseguir una cita con el médico porque los turnos están agotados y para conseguirlo debe asistir al Centro de Salud en horas muy temprano del día, porque deben esperar mucho tiempo ante de ser atendidos, o cuando consiguen el turno para ser atendidos el profesional no se presenta, o por la escasez de remedios.

En éste ámbito, esta investigación persigue la finalidad de indagar acerca de cómo se ha organizado el gobierno municipal de Posadas para aplicar la nueva normativa que regula la salud en el primer nivel de atención y qué formas de gestión adoptó para asegurar el acceso a la salud de la población. En síntesis ¿Cuáles son las características particulares de la modalidad de gestión de los Centro de Atención Primaria de Salud en el Municipio de la ciudad de Posadas que no permite reflejar en los pacientes la satisfacción por la atención recibida?

Hipótesis

Los diferentes modelos de gestión aplicados y de criterios empleados por los Responsables en cada uno de los Centros de Atención Primaria de la Salud, dependientes del municipio de la ciudad de Posadas, para gestionar las prestaciones de salud en el primer nivel de atención no permiten optimizar la gestión, satisfacer al cliente, mejorar los indicadores de salud y la calidad de vida de la población.

Objetivo

General

Diseñar un modelo de gestión estratégica por procesos para los Centros de Atención Primaria de la Salud del Municipio de la ciudad de Posadas, Misiones, para optimizar su gestión, orientados a la satisfacción del cliente-paciente y tendiente a mejorar los indicadores de salud y la calidad de vida de la población.

Específico

- Analizar la utilización de la herramienta gestión por procesos en hospitales y centros de salud.
- Examinar los fundamentos teóricos de la gestión por procesos.
- Conocer la política sanitaria provincial y la organización municipal de la salud.
- Conocer la modalidad de gestión en el primer nivel de atención de la salud en el ámbito de la Municipalidad de la ciudad de Posadas, Misiones.
- Indagar sobre las herramientas de gestión utilizados por los responsables de los CAPS para implementar los planes y programas de salud.
- Proponer un modelo de gestión estratégica por procesos para los Centros de Atención Primaria de la Salud dependientes del municipio de la ciudad de Posadas.

Metodología

Esta investigación tiene dos componentes, el análisis de la información obtenida de las entrevistas, en profundidad, a los ocho funcionarios Responsables de los Centros de Atención Primaria de la Salud (usuarios internos) de la ciudad de Posadas y la realización de encuestas a los usuarios del servicio (usuarios externos), a efectos de percibir el grado de satisfacción por los servicios brindados.

Se utilizó un cuestionario previamente elaborado para las entrevistas y las conclusiones se elaboraron en función a la interpretación de las respuestas brindadas por cada uno de los Responsables de los Centros de Salud. En las encuestas, para la selección de los individuos a encuestar, se utilizó el muestreo por cuotas. Los resultados de estas encuestas se obtuvieron mediante la codificación y el volcado de la información a una matriz de datos, utilizando el software estadístico SPSS versión 11.5.

Las técnicas e instrumentos de recolección de datos secundarios utilizados fueron: revisión documental y para conocer la situación demográfica y socioeconómica de la población bajo estudio, se analizó la información proveniente del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, del Instituto Provincial de Estadísticas y Censos y del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.

El modelo de la propuesta se basa, en la visualización del cambio, propuesto por Morris y Vargas, a partir de cuatro niveles: conocimiento, actitudes, conducta individual y desempeño de grupo. Estos niveles permiten observar el grado de dificultad y el tiempo transcurrido para lograr cada etapa del cambio.

En la organización inteligente, expresada por Senge, donde el pensamiento sistémico se convierte en el principio fundamental de una forma mucho más efectiva de aprendizaje que permitirá alcanzar las metas definidas para la organización.

En la gestión estratégica por procesos, explicitado por Mora Martínez, cuya metodología consiste en el despliegue sistematizado de cuatro fases sucesivas, coordinadas con sus correspondientes etapas: movilización de la organización,

estabilización del proceso, control de gestión del proceso - resultados, mejora del proceso.

En el Modelo Europeo de Gestión de Calidad (EFQM), que a través de su modelo de calidad definido, permitirá la autoevaluación y la determinación de los procesos de mejora continua en la organización.

Aporte

Esta Tesis presenta un Modelo de Gestión Estratégica de Procesos para ser aplicado en los Centros de Atención Primaria de la Salud, para optimizar su gestión, orientado a la satisfacción del cliente-paciente.

Este aporte académico, pretende convertirse en una herramienta de gestión, que pueda ser utilizada, tanto, por los Centros de Atención Primaria de Salud bajo el ámbito de la Municipalidad de la ciudad de Posadas como por cualquier Centro de Atención, perteneciente a otro nivel gubernamental, que presenten características de estructura orgánica y de funcionamiento similares a las descritas en esta investigación; que tiene por finalidad no solo optimizar la gestión y satisfacer al cliente-paciente sino mejorar los indicadores de salud y la calidad de vida de la población.

Asimismo la información generada, a través del conocimiento sobre la modalidad de gestión de los centros de salud, será una fuente de información base al momento de la toma de decisión, por parte de las autoridades gubernamentales, respecto a las definiciones de las políticas públicas, a la elaboración de programas, planes o estrategias futuras, complementarios a los existentes o de refuerzos cuando se lo requiera, tendientes a optimizar la gestión de los centros de atención.

Esta propuesta del Modelo de Gestión Estratégica por Procesos para ser aplicado en los Centros de Atención Primaria de la Salud, deja abierta la posibilidad para que otros investigadores en el futuro sigan perfeccionándolo, tanto en las fases componente del modelo como en el perfeccionamiento de la evaluación de la gestión orientado a la satisfacción del cliente; tal el propósito de la calidad total.

Estructura de la Tesis

Para dar cumplimiento al objetivo de esta tesis se estructuró el trabajo con una Introducción, cinco Capítulos y una Conclusión.

Introducción. En la fundamentación se contextualiza el ámbito sanitario de la provincia de Misiones, resaltando la política sanitaria que delega parte de la atención primaria de la salud a los municipios. En el problema se manifiesta las claras deficiencias en la gestión, en los distintos Centros de Atención municipal. Se plantea la hipótesis de la Tesis, el objetivo general y particular, se expresa la metodología definida y el aporte a concretar.

Capítulo I. Marco Referencial. Expresa los antecedentes tanto de la introducción de la Gestión por Procesos en las Organizaciones de Salud como de los resultados de su implantación.

En Europa, investigando especialmente a España que es el país que preferentemente utiliza la gestión por procesos en sus instituciones sanitarias. En América, observando a los países más representativos que adaptaron esta herramienta en sus organizaciones de salud, como México, Brasil, Chile. Y en Argentina, haciendo énfasis en la introducción de la gestión por procesos en nuestro país, puntualizándose en los antecedentes de Buenos Aires donde el Gobierno de la ciudad Autónoma, ante la necesidad de modernizar la gestión sanitaria decidió evaluar la conveniencia de introducir la gestión por procesos en el ámbito de los establecimientos de salud. En Misiones, se observa una incursión reciente, que se comienza a instrumentar con la inauguración del nuevo Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, el principal hospital de referencia de la Provincia.

Capítulo II. Marco Conceptual. Con el propósito de otorgarle el marco conceptual a la gestión por procesos, se hace referencia a las definiciones de distintos autores respecto a procesos y a gestión estratégica por procesos. Se especifican también, los principios que la orientan; los elementos que la componen; los mapas de procesos, que reflejan todos los procesos que forman parte de la Institución; la identificación de los procesos, que permiten clasificarlo en función del impacto sobre el usuario final; el diagrama, que permite la descripción de los detalle de los procesos; la ficha, que contiene un resumen de

los elementos que integran el proceso y el instrumento de evaluación, observándose para ello el modelo de excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad.

Capítulo III. Diseño Metodológico. Describe el proceso metodológico de la investigación en lo referente al tipo de estudio, población, a los instrumentos de recolección de datos, tanto primarios como secundarios y a las variables analizadas. Los instrumentos de recolección de datos primarios fueron las entrevistas (Responsables de la Gestión del Centro de Atención Primaria de la Salud) y las encuestas (Usuarios Externos). Respecto a las encuestas, el método utilizado fue el muestreo por cuotas y para la interpretación de los resultados se volcó la información relevada al software estadístico SPSS versión 11.5.

Las organizaciones toman a los modelos administrativos como referencia y lo van adaptando y sistematizando de acuerdo a sus necesidades. En este contexto se adopta como modelo para la propuesta, en referencia con la concientización del cambio a introducir en la gestión del Centro de Atención hacia la gestión por procesos; a Morris y Vargas. A los efectos de incorporar el concepto de la organización inteligente se adopta a Senge. Para la metodología de Gestión Estratégica por Procesos, se incorpora a Mora Martínez y para su evaluación se considera al Modelo Europeo de Gestión de Calidad (EFQM).

Se realiza un diagnóstico del encuadre de la Política Sanitaria de Misiones, de la organización de la salud en el Municipio de la ciudad de Posadas, especialmente en los Centros de Salud que pertenecen al ámbito municipal.

Capítulo IV. Análisis de la Información. Se analiza la información resultante de las entrevistas realizadas a los usuarios internos, a los Responsables de los Centros de Atención Primaria y de la encuesta concretada a los usuarios externos de los CAPS.

Capítulo V. Modelo de Gestión Estratégica por Procesos en Centros de Atención Primaria de la Salud. Expresa el modelo de gestión estratégica por procesos para los Centros de Salud, fijado como objetivo, a través del desarrollo del Proyecto: Centro de Atención Primaria de la Salud – Gestión Estratégica por Procesos Posadas 2015.

El modelo incorpora la Gestión Estratégica por Procesos en el Centro de Salud, que optimizará la gestión del Centro, logrando satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes-pacientes ante la necesidad de atención.

Conclusiones. Hace referencia a la corroboración de la hipótesis planteada para esta Tesis; resalta los beneficios que brinda el Modelo de Gestión propuesto, expresa las recomendaciones inherentes al mismo y las investigaciones futuras que se podrán plantear a partir de este aporte.

CAPÍTULO I – MARCO REFERENCIAL

La gestión por procesos presenta una nueva visión de la organización, orientada a las expectativas que tanto clientes como profesionales esperan y a la resolución de los problemas con una visión horizontal de la organización; “mediante el análisis de los flujos de trabajo que intervienen en el desarrollo de los diferentes procesos, intentando en todo momento, añadir valor a esa cadena de acciones”¹² con el propósito de lograr una mejora de los resultados.

La gestión por procesos propone organizaciones menos complejas y más planas, desde su organización jerárquica; acompañado de una cultura de mejora continua, cuyos elementos clave son la cooperación y la orientación al cliente.

El sistema sanitario público¹³ intenta en los últimos años incorporar diversos instrumentos que le permitan abordar nuevos retos en un entorno cada día más exigente y complejo, donde los ciudadanos reclaman un servicio de calidad y los profesionales necesitan visualizar un horizonte de desarrollo motivador.

En este ámbito, la gestión por procesos puede ser un elemento dinamizador, una herramienta de gestión, una estrategia para impulsar un cambio transformador. Como herramienta, técnica o modelo, es universal; su aplicación no tiene restricciones de ningún tipo, rubro de la industria, empresa o institución que la utiliza, de allí su adopción, como modelo de gestión o mejoramiento de la calidad, en el ámbito de la salud en distintos países del mundo.

1.1. Antecedentes en Europa

1.1.1. España

Quien preferentemente utiliza la gestión por procesos en las instituciones

¹² TORRES OLIVERA, A. (2003). *La gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria*. Editorial semFYC, Atención Primaria 2003; Volumen 31, Número 9, pág. 561-3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v31n09a13048146pdf001.pdf> Fecha de acceso: 02 de abril de 2011, pág. 561.

¹³ TORRES OLIVERA, A. (2003). *La gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria*. Editorial semFYC, Atención Primaria 2003; Volumen 31, Número 9, pág. 561-3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v31n09a13048146pdf001.pdf> Fecha de acceso: 02 de abril de 2011.

sanitarias, es España.

1.1.1.1. Andalucía

En el 2001 el Gobierno de Andalucía, presentó la Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales: Calidad por Sistema, facilitando una herramienta útil a los profesionales del Sistema Sanitario Público para el desarrollo de una de las estrategias centrales del Plan de Calidad de la Consejería de Salud¹⁴ consistente en impulsar un modelo de gestión por procesos asistenciales en todas las organizaciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma. La Guía pretende ser un soporte adecuado para el desarrollo de la estrategia de gestión por procesos y una herramienta útil que extienda la cultura de la mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios.

En este contexto la Consejería de la Salud, a través del Plan Marco de Calidad y Eficiencia, propone el abordaje integral de los procesos asistenciales en el Sistema Sanitario Público, que se basan en: Centrar la actuación en el usuario. En implicar a los profesionales en la gestión del proceso que forma parte. En una práctica clínica adecuada. En un sistema de información integrado. Y en la continuidad de la asistencia, como objetivo fundamental.

Los pasos necesarios para desarrollar un sistema de gestión integral de los procesos asistenciales del Sistema Público de Andalucía son: Elaborar el mapa de procesos y priorizar los procesos considerados clave. Diseñar la forma más adecuada para abordar cada uno de los procesos. Implantar los procesos en la organización. Evaluar los procesos y elaborar el Plan de Mejora Continua.

1.1.1.1.1. Descripción y Diseño de Procesos Asistenciales

En el marco de la organización sanitaria pública, un proceso asistencial es el conjunto de actividades de los “proveedores de la atención sanitaria (estrategias

¹⁴ CONSEJERÍA DE SALUD ANDALUCÍA. (2001). *Guía de Diseño y mejora Continua de Procesos Asistenciales*. Edición Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Andalucía, España, 2da. Edición, 2009. Disponible en

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp?idioma=es&perfil=org&opcion=li stadoTematico&tema=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/&d esplegar=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/&menu=S
Fecha de acceso: 02 de abril de 2011.

preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población”¹⁵ que recibe los servicios. Y la gestión por procesos implica el ordenamiento de los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y además a facilitar las tareas de los profesionales.

Un proceso asistencial debe tener una misión definida, unas fronteras delimitadas con entradas y salidas concretas, secuencias de etapas integrables y debe poder medirse. No todos los procesos tienen las mismas características, por lo que se pueden clasificar en: Procesos estratégicos, que son los que adecúan la organización a las necesidades y expectativas de los usuarios. Procesos operativos, que son los que están en contacto directo con los usuarios. Y procesos de soporte, que generan los recursos que precisan los demás procesos.

Para la representación esquemática de los procesos se utiliza la metodología IDEF (Modelo Integrado de Funcionamiento Definido) que permite: Definir y dibujar cómo un proceso se relaciona y está integrado con el resto de la organización y representar gráficamente cada proceso por separado. Este método ha servido de base para el modelo desarrollado en Andalucía.

1.1.1.1.2. Identificación de los Procesos Clave

La identificación y priorización, del Sistema Sanitario, se ha realizado con la ayuda de un grupo de expertos, que ha analizado las informaciones disponibles en la Consejería de Salud referente a la Distribución de las altas por Grupos Relacionados por el Diagnóstico más frecuentes; datos de Lista de Espera Quirúrgica del año 2000; estadísticas de Mortalidad Evitable y datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos del año 1999. Además de otros datos, como el Producto de la Atención Primaria, el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud.

¹⁵ CONSEJERÍA DE SALUD ANDALUCÍA. (2001). *Guía de Diseño y mejora Continua de Procesos Asistenciales*. Edición Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Andalucía, España, 2da. Edición, 2009. Disponible en

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp?idioma=es&perfil=org&opcion=estadoTematico&tema=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/&d esplegar=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/&menu=S
Fecha de acceso: 02 de abril de 2011, pág. 11.

Analizado la información, la Consejería de Salud definió los 20 primeros procesos priorizados por los cuales comenzaría a trabajarse en el 2001. Al cual se sumaron posteriormente otros 21 que ocuparán el segundo período. Así en el 2001 se habrían de analizar y diseñar en total 41 procesos asistenciales, que suponen más de un 90% de las patologías que se tratan en éstos centros.

1.1.1.1.3. Descripción y Diseño de los Procesos Asistenciales - Bases Metodológicas

La metodología presenta como objetivo establecer un modelo teórico al que se ha de ajustar el desarrollo de cada proceso asistencial integrado, al Sistema Sanitario Público. Lo que implica tener en cuenta las premisas básicas para la fase de diseño del proceso asistencial: centrarse en el ciudadano; garantizar la continuidad asistencial; incluir sólo aquellas actividades que sí aportan valor añadido; procurar la participación de todos los profesionales y ser flexible, para adaptarse a nuevos requerimientos e incorporar mejoras.

La propuesta metodológica comienza a definir las etapas que la conforman: Definición global del proceso, que comprende la definición funcional del proceso; los límites: entrada, marginal y final y los responsables. Destinatarios y objetivos del proceso, conformado por los destinatarios y expectativas del proceso; los objetivos y flujos de salida. Componentes del proceso, son los elementos que intervienen y los recursos del proceso y las actividades del proceso. Representación gráfica de proceso, diagrama de flujos del proceso. Indicadores, conformado por la estructura de indicadores del proceso.

1.1.1.1.4. Propuesta para incorporar la mejor evidencia científica disponible en el Diseño de Procesos Asistenciales

Efectividad clínica. Está relacionada con la práctica (clínica) y se refiere a hacer correctamente las cosas que deben hacerse, en el momento oportuno y en los pacientes indicados; obtener el máximo rendimiento de los recursos disponibles y no perder de vista que el fin último es obtener más salud.

Formulación de preguntas relevantes para obtener evidencias.

Recursos disponibles para localizar las mejores evidencias. La información relevante sobre la efectividad clínica se encuentra en los estudios originales; en las revisiones sistemáticas e informes de evaluación de tecnologías sanitarias; en las guías de práctica clínica basadas en la evidencia.

1.1.1.1.5. Implantación de los Procesos en la Organización Sanitaria

Características de la organización. Es la fase más compleja, porque determinará el éxito o fracaso del proyecto. Por lo que es necesario adoptar una estrategia de implantación adecuado a la organización y al tipo de cambio.

Claves estratégicas. Es necesario dar un enfoque global a esta fase, a través de: Estrategias culturales, son especialmente importantes para involucrar a toda la organización en el proceso de cambio. Estrategias organizacionales, lo más importante es conseguir que las particularidades de la organización no bloqueen el cambio, siendo necesario adaptar la organización al proyecto. Estrategias operativas, tiene que ser simultáneo con los cambios culturales y organizacionales para que la implantación sea un éxito; es importante obtener la participación de todos los implicados en el cambio.

1.1.1.1.6. Metodología de Implantación

El programa de implantación debe cumplir el objetivo de materializar el cambio que se pretende, con éxito. Dado que las instituciones sanitarias poseen diferentes estructuras organizativas, el programa de implantación debe adaptarse para cada proceso en cada institución. Dicho programa estará integrado por un Plan Operativo, un Plan de Gestión, un Plan de Comunicación y un Cronograma.

1.1.1.1.7. Estrategia General de Implantación de los Procesos Asistenciales

Diseñados los procesos del Mapa de Procesos 2001-2002 y con la base estratégica y operativa definido para su implantación, se propone una estrategia general de actuación. Las líneas de actuación que habrá que desarrollarse serán: Núcleo de desarrollo. Profesionales implicados. Formación de Grupos de Mejora. Implicación de Directivos. Adecuación del Sistema de Información. Desarrollo de

estructuras informales de calidad en los centros. Incorporación a los Contratos de Programa; a los contenidos de las Unidades de Gestión Clínica.

1.1.1.1.8. Control y Mejora Continua de los Procesos

Una vez diseñado un proceso asistencial y que se proceda a su implantación a nivel local, es necesario poner en marcha un mecanismo de control y mejora continua para medir su calidad. Estos mecanismos permitirán conocer: si su variabilidad se mantiene dentro de unos márgenes aceptables; si la efectividad del proceso es la deseada; si los usuarios están satisfechos; si se mantienen los niveles de eficiencia previstos, si los indicadores demuestran una mejor utilización de los recursos y si se escucha la opinión de los profesionales y si las personas que intervienen en el proceso consideran que su trabajo ha mejorado.

1.1.1.2. País Vasco

Osakidetza es un organismo autónomo del Gobierno Vasco, adscrito al Departamento de Sanidad y su objetivo es la provisión de servicios sanitarios a la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Su estructura es la de un Consejo de Administración; la Organización Central y las organizaciones de servicios realizan la provisión de servicios bajo el principio de autonomía de gestión. Estas organizaciones se dividen en Centros de Atención Primaria y Atención Especializada, siendo el Hospital Zumárraga una de ellas, dedicada a prestar atención sanitaria especializada.

El Hospital Zumárraga se creó en 1984 y en 1988 pasó a depender de Osakidetza tras la transferencia de competencias en materia sanitaria desde el Estado español al Gobierno Vasco. En 1992 el sistema de salud Vasco establece un Plan Integral de Calidad que fue la base para que el Hospital elaborara su primer Plan de Calidad en 1993, en 1996 adopta el modelo Europeo de Excelencia, European Foundation for Quality Management (EFQM), realizándose la primera autoevaluación en 1997, a partir de la cual elabora un Plan Estratégico, definiéndose la misión y realizándose la primera encuesta de satisfacción del personal. En 1998 el Equipo Directivo, como consecuencia de la segunda

autoevaluación EFQM, comienza a investigar la gestión por procesos como metodología de trabajo con el objetivo de crear una cultura de calidad en el hospital. Al año siguiente se adopta esta metodología como sistema de gestión de la calidad, a pesar de no existir precedente en la red sanitaria del Estado.

1.1.1.2.1. La Gestión por Procesos como Metodología de Trabajo

La gestión por procesos se pone en marcha en el siguiente marco:

Liderazgo. Se basa en el ejercicio del liderazgo en la gestión. Los líderes deben desarrollar la misión, la visión, los valores y los principios éticos, que actúan como modelo de referencia dentro de una cultura de excelencia. Deben garantizar el desarrollo, la implantación y la mejora continua del sistema de gestión del Hospital; interactuar con clientes y representantes de la sociedad; reforzar una cultura de excelencia entre las personas del Hospital y definir e impulsar el cambio en el Hospital.

Políticas y estrategias. En 1998 se decide adoptar la gestión por procesos como sistema de gestión y se integran los objetivos estratégicos con la mejora de los procesos. El desarrollo y las revisiones de los procesos, de las estrategias, de la percepción de los grupos de interés, de la implicación del personal; han servido para mejorar el desarrollo estratégico del Hospital.

Personas. La satisfacción de las personas es un objetivo estratégico del Hospital, cuyo logro se basa en la consecución integrada de cinco factores claves de éxito: adecuación de trabajo, factores profesionales, personales, laborales e implicación con el proyecto.

Recursos y alianzas. El concepto de alianza ha ido evolucionando a través del tiempo, a partir de la evaluación EFQM realizada en el 2000, el Equipo Directivo replanteó la gestión de las alianzas basándose en el esquema: identificación de las posibles alianzas; establecimiento de la alianza; gestión del acuerdo y evaluación del acuerdo.

. Respecto a la gestión de recursos económicos y financieros. En los últimos años se produjeron cambios en el enfoque de la gestión económica derivado de la dependencia económica del Hospital con el Departamento de Sanidad que es el financiador público, lo que motivó que el Equipo Directivo defina cinco procesos

fundamentales: Procesos estratégicos: Gestión de Contrato Programa; Procesos de soporte: Control presupuestario; Gestión contable: Contabilidad, Tesorería y Facturación. Todos los procesos disponen de indicadores de medición, de un responsable de su mejora y se gestionan con la metodología de diseño y gestión sistemática de los procesos y la introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación.

. Respecto a la gestión de edificios, equipos y materiales. Los procesos definidos fueron: gestión de instalaciones y equipamientos y aprovisionamientos.

. Respecto a la gestión de la Tecnología. Es un macroproceso, relacionado con el conocimiento, del que forma parte las tecnologías de la información/comunicación y la gestión de la tecnología sanitaria. Este proceso se desarrolla siguiendo el siguiente esquema: detección de la necesidad; estudio de implantación; puesta en marcha y evaluación.

. Respecto a la gestión de la información y del conocimiento. La información es un área fundamental, en el Hospital, para el sistema de gestión y la información clínica supone la base para el conocimiento clínico y la mejora de los procesos asistenciales.

Procesos. Posterior a la Autoevaluación EFQM de 1998, el Equipo Directivo decide establecer la gestión por procesos como elemento clave para el cambio en el sistema de gestión del hospital. Motivo por el cual se procedió a un análisis de las experiencias llevadas a cabo en los hospitales de Osakidetza y del Sistema Nacional de Salud y en entidades privadas. “Este análisis nos permitió constatar que no existía ningún hospital con un sistema integrado de gestión por procesos salvo dos experiencias incipientes en hospitales europeos.”¹⁶ Por lo que se contrató el apoyo de un experto externo especializado, que comenzó a trabajar junto al equipo de trabajo del hospital, en diciembre de 1998. Como punto de partida se procedió a un primer diseño del sistema, a capacitar al Equipo Directivo y a unas 20 personas del hospital, denominado grupo de implantación, que fue la figura clave para el éxito del proyecto. Durante 1999 se concretó la identificación

¹⁶ OSAKIDETZA SERVICIO VASCO DE SALUD. (2005). *Hospital de Zumárraga Memoria EFQM 2005*. Disponible en http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkhzum27/es/contenidos/informacion/hzum_gestion_calidad/es_hzum/adjuntos/memoria_premio_europeo_EFQM2005.pdf Fecha de acceso: 02 de abril de 2011, pág. 52.

de los procesos, se nombró a los gestores de procesos y fueron elaborando la documentación de sus procesos.

a. Diseño y gestión sistemática de los procesos

1. Procesos. La implantación se concreta a través de la gestión por procesos que garantiza el despliegue sistemático del sistema, afectando a la totalidad de los procesos del hospital. Sus pasos son:

- Identificación de procesos. El Equipo Directivo identifica los Procesos, clasificándolos en tres clases: Clave u operativo, son los que tienen contacto directo con el cliente. Estratégicos, son los que establecen las guías necesarias para que los procesos clave obtengan los resultados. Y de soporte, son todos los que aportan recursos para realizar los procesos clave.

- Descripción de los procesos. Nombramiento de los gestores: el perfil elegido son personas con un alto grado de conocimiento de su proceso, con voluntad de cambio y mejora y a las que se proporciona formación y capacitación. La mejora del sistema significó dos cambios importantes: la creación de equipos de procesos para ampliar la participación y bajar la propiedad de los procesos en la cadena de mando. Representación gráfica: la representación gráfica, el mapeado y la definición de todos los procesos identificados se realizó utilizando la metodología IDEF. Resolución de interfaces: este sistema tiene como uno de sus puntos fuertes el análisis y la definición de las entradas y salidas (proveedores y clientes) de cada proceso, eliminando las actividades sin valor añadido. Y descripción y documentación de los procesos: se dispone de un soporte documental normalizado en el cual todos los gestores han realizado su descripción. Consta de: la definición de la misión del proceso; del establecimiento de los grupos de interés más afectados por su proceso con relación a la estrategia y de la descripción de los principales proveedores y clientes de su proceso, así como de los requerimientos y servicios que tienen que ofertar.

- Despliegue. Esta fase debe garantizar el cumplimiento del proceso diseñado, para lo cual deberá gestionar su implantación y despliegue.

- Análisis y control. Tiene por objeto la evaluación cuantitativa y cualitativa de los procesos que permite la identificación de oportunidades de mejoras.

-
- Mejoras. Su objetivo es la mejor de los procesos en función de las evaluaciones realizadas.
2. Procedimientos – Protocolos. Paralelamente al desarrollo de la gestión por procesos se han elaborado procedimientos de actuación, para contribuir a la estandarización y mejora de diversos procesos (asistencial y administrativa).
- b. Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a los clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.
 - c. Diseño y desarrollo de los servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes. La captación de necesidades podrá determinar variaciones en la oferta de servicios o detectar necesidades específicas relacionadas con cada tipo de servicios prestados.
 - d. Producción y distribución de los servicios. Los servicios que forman el núcleo central de las actividades del hospital “son los desarrollados por los procesos clave y se agrupan en cinco modalidades: asistencia en urgencias, hospitalización, quirófano, consultas externas y tratamientos ambulatorios.”¹⁷ Se apoyados en los de apoyo diagnóstico y clínico.
 - e. Gestión y mejora de las relaciones con los clientes
- Proceso de gestión de satisfacciones de clientes. La misma se gestiona mediante el proceso denominado Atención al Cliente. Dónde participan como gestor el gerente, también los miembros de Equipo Directivo y está directamente relacionado con el proceso Voz del Cliente que da soporte a la estrategia mediante la captación de sus necesidades y percepción (encuestas, el establecimiento de grupos focales, la información recibida las reuniones mantenidas con el grupo de interés del hospital y del sistema de atención al paciente y usuario, a las aportaciones recogidas por los profesionales en los contactos con los clientes).

¹⁷ OSAKIDETZA SERVICIO VASCO DE SALUD. (2005). *Hospital de Zumárraga Memoria EFQM 2005*. Disponible en http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkhzum27/es/contenidos/informacion/hzum_gestion_calidad/es_hzum/adjuntos/memoria_premio_europeo_EFQM2005.pdf Fecha de acceso: 02 de abril de 2011, pág. 60.

Sistema de atención de clientes. Se concreta por medio de la asistencia personalizada al cliente; por el servicio de atención al paciente y usuario y por la asistencia social.

Resultados en los clientes. Se realizan medidas de percepción a través de encuestas. El Equipo Directivo ha identificado como principales clientes: los pacientes que son atendidos en cada línea de servicio y principalmente en: hospitalización, urgencias y consultas externas.

Resultados en las personas. Medida de percepción, se elaboró una encuesta para conocer el grado de satisfacción de sus profesionales y poder disponer de la información necesaria para mejorar la gestión de las personas. El resultado de la encuesta fue analizado por el Equipo Directivo, quien identificó las áreas de mejoras. Los aspectos abarcados comprenden: la satisfacción global, la adecuación al trabajo, los factores profesionales, personales, laborales y la implicación con el proyecto.

Indicadores de rendimiento. Con el propósito de favorecer los resultados directos de las encuestas, se utiliza una serie de indicadores complementarios a los mencionados en el punto anterior como: satisfacción general; adecuación al trabajo, factores profesionales, laborales e implicación con el proyecto.

Resultados en la sociedad. La sociedad es un grupo de interés para el hospital y satisfacer sus expectativas forma parte de su misión. El Equipo Directivo, en su contactos con la sociedad, identificó lo que la sociedad esperaba del hospital respecto a la salud y al bienestar; a la asistencia social; a preservar el medio ambiente; a generar riqueza en el entorno; a la difusión del conocimiento en gestión, en el ámbito clínico; a la colaboración con iniciativas de la comunidad.

Resultado clave. Los resultados clave de rendimiento del hospital se miden por medio de los indicadores: de satisfacción, de necesidades de la salud y de expectativa del cliente; además del equilibrio financiero.

1.1.1.2.2. Certificaciones de Calidad de sus Procesos

El Hospital de Zumárraga consigue certificar, en el 2002, dieciséis de sus procesos en base a la norma ISO 9001: 2000. En el año 2007 certificó los procesos de Plan de Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial,

Mantenimiento de Equipos e Instalaciones y Gestión de Personas. En el año 2000 obtuvo la Q de plata del Gobierno Vasco, en el 2001 el premio Golden Hélix, en el 2003 la Q de oro, en el 2005 el Premio Europeo a la Calidad en el sector público por la gestión de sus procesos, siendo el primer hospital en Europa y la primera empresa pública en el estado Español en conseguir este reconocimiento. En el 2007 la evolución en la gestión de la calidad ha sido reconocida con la concesión de la Q de oro del Premio Iberoamericano.

1.1.1.3. Región de Murcia

El Sistema de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, elabora el documento Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Comunidad Autónoma de Murcia 2007-2010¹⁸, en la cual se determinaron las acciones y líneas estratégicas que debían concretarse para que el Servicio Regional de Salud cumpliera con la misión y visión definida. Siguiendo la misma línea se tiene que desarrollar los planteamientos futuros de la Atención Primaria, para dar respuesta a lo expresado por los ciudadanos de la Región y los profesionales, que participaron y determinaron los criterios normativos y los cambios estructurales y organizativos necesarios en el marco de las Estrategias para el Desarrollo Sostenido de la Sanidad Regional.

La Propuesta para la Mejora y Modernización de la AP parte de la Cartera de Servicios de AP, cuyo objetivo fue la aprobación, difusión e implementación de la nueva cartera de servicios; la actualización periódica posterior y la incorporación de nuevos servicios en la Cartera.

1.1.1.3.1. Introducción de Modelo de Calidad Europeo – Gestión por Procesos

Desde el 2004 se lleva a cabo en la Región un proyecto de rediseño y mejora continua de la atención a pacientes crónicos (Proyecto OMS - Consejería de Sanidad). Este proyecto se ha centrado en la diabetes y la enfermedad

¹⁸ REGIÓN DE MURCIA, COSEJERÍA DE SANIDAD. (2007). *Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007-2010*. Disponible en http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/153135-atencion_primaria.pdf. Fecha de acceso: 05 de abril de 2011.

pulmonar obstructiva crónica, en diferentes áreas de salud, organizándolos de forma integral y con calidad. Pretendiéndose redefinir la prevención, control y seguimiento de estas enfermedades y aprender la metodología y cambio de modelo para la atención a problemas crónicos y el desarrollo de procesos integrados, como elementos de diseño de calidad a incorporar en las revisiones de cartera desde la óptica de la gestión por procesos. Asimismo, desde el 2005 se viene trabajando, desde la Dirección General de Calidad, Asistencia, Formación e Investigación, en el Modelo EFMQ.

El Modelo Europeo de Excelencia en la Gestión, es el modelo referente de la calidad total, que descansa en ocho principios: orientado hacia los resultados; al cliente; al liderazgo; a la gestión por procesos; al desarrollo e implicación de las personas; a procesos continuos de aprendizaje, innovación y mejora; al desarrollo de alianza y responsabilidad social de la organización. Este Modelo acomodado en los conceptos de calidad en la asistencia sanitaria implica identificar tres pilares conceptuales que constituyen las directrices de las políticas de calidad asistencial: una correcta indicación de los procedimientos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, medicina basada en la evidencia; una correcta realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en lo que se ha venido a denominar calidad científico-técnica y el respeto a la dignidad humana y a la autonomía del paciente en lo que ha venido a denominarse calidad percibida.

La Consejería de Sanidad de la Región de Murcia promueve la calidad en la asistencia sanitaria, los Centros asistenciales han desarrollado sus programas o proyectos de calidad enfocados a la satisfacción del usuario, la gestión por procesos y el desarrollo de guías clínicas.

1.1.1.3.2. Gestión por Procesos

Es una de las metodologías de mayor desarrollo en las organizaciones que están apostando por la calidad. Además de ocupar una posición central en el modelo EFMQ, en la actualidad constituye el reto más relevante en la organización operativa y una estrategia para conseguir implantar la mejora continua. Las razones que la justifican se pueden sintetizar en que: Ayuda a comprender mejor la organización. Define la organización de los flujos de trabajo

para producir un servicio en el que participan diversas disciplinas y departamentos. Regula las relaciones entre los diferentes procesos y subprocesos. Evita la variabilidad en procesos repetitivos alcanzando la máxima eficacia. Evita las ineficiencias en los procesos. Adopta los servicios a las necesidades y expectativas de los clientes. Obliga a identificar y definir indicadores para medir la eficacia, eficiencia y progreso de los procesos. Incorpora la implicación de las personas y la mejora continua en la gestión de los procesos. Y establece la figura de responsable de proceso y equipo de procesos lo que incorpora una estructura operativa más flexible y horizontal en las organizaciones.

1.1.2. Alemania - Hospital Universitario de la Ernst-Moritz-Arndt - Universidad de Greifswald

La Ernst-Moritz-Arndt-Universidad de Greifswald, es una Universidad con sede en la ciudad de Greifswald, fundada en 1456, es una de las más antiguas Universidades del mundo, la cuarta más antigua de Alemania y la segunda más antigua en la región del Báltico. El Hospital de la Universidad de Greifswald tiene su origen en la formación de la Universidad. Hoy es un centro clínico que ofrece el más alto nivel de atención, se centra en la Medicina Comunitaria, siendo el único en Alemania que se ocupa de la salud de la población desde la perspectiva médica y social.

1.1.2.1. La Estrategia de Organización por Procesos en el Hospital Universitario

La Organización Mundial de la Salud en el 2001 expresó que los hospitales necesitan de una organización funcional que presenta entre sus características el disponer de múltiples unidades funcionales especializadas, que requieren personal calificado para desarrollar procesos sanitarios asistenciales. Su producto son las personas sobre las cuales se ha actuado, para aportarles el valor añadido de la asistencia o del cuidado sanitario.

Con la gestión por procesos se intenta evitar un problema que puede aparecer en estas organizaciones divididas en departamentos funcionales, en los

que se tiende a perder la imagen global de qué se está haciendo y para quién. La gestión por procesos es, una forma de organización diferente de la clásica organización funcional y en el que el más importante es el paciente. Los procesos así definidos son gestionados de modo estructurado y sobre su mejora se basa la propia organización.

En el caso concreto de los centros hospitalarios, la gestión por procesos promueve modelos que reflejan los “flujos de trabajo de los distintos actos asistenciales de manera relacionada con las áreas especializadas a las que corresponden y con las técnicas utilizadas, siendo así más fácil lograr sinergias.”¹⁹ Si los hospitales se edificasen en torno a los procesos, como actualmente se hace en Alemania y en particular el Hospital de la Universidad de Greifswald que en su estructura organizativa utiliza la estrategia de organización por procesos; se crearían unidades organizativas para cada uno de los procesos clave que generen un resultado para los pacientes con patologías similares. Esto posibilitaría “que el trabajo se realizara de manera multidimensional y en consecuencia, permitiría desarrollar mejor los conocimientos y habilidades y al reducir la separación entre ejecución y control, fomentar la autonomía.”²⁰

El objetivo de la gestión por procesos es aumentar los resultados de la actividad sanitaria a través de un nivel superior de satisfacción de los beneficiarios. Para lo cual se cuentan con distintas metodologías, como la reducción de los costes internos innecesarios, del tiempo del ciclo, la mejora de la calidad y el valor percibidos por los pacientes; percibido por el destinatario, como la racionalización de la organización y de las actividades de la institución.

Para poder lograr servicios que satisfagan las necesidades de los pacientes es preciso empezar a promover la calidad desde los procesos que los facilitan, de

¹⁹ UNIVERSIDAD DE GREIFSWALD. (2011). *Ernst Moritz Arndt Univesität Greiswald*. Disponible en <http://www.uni-greifswald.de/en/research/clinics.html> Fecha de acceso: 05 de abril de 2011, pág. 1.

²⁰ UNIVERSIDAD DE GREIFSWALD. (2011). *Ernst Moritz Arndt Univesität Greiswald*. Disponible en <http://www.uni-greifswald.de/en/research/clinics.html> Fecha de acceso: 05 de abril de 2011, pág. 1.

aquí que la gestión por procesos implique²¹: la identificación y priorización de aquellos que se consideren clave por su incidencia en los resultados y los de apoyo en su logro; asignar los impulsores de los procesos identificados al actuar como responsables, fijar los estándares de funcionamiento y ser los encargados de gestionar la documentación y establecer los procedimientos de verificación y control, detectar las áreas de mejora y concretar los objetivos de mejora.

1.2. Antecedentes en América

1.2.1. México - Hospitales Regionales de Alta Especialidad

La gestación del Sistema de Protección Social en Salud, emprendida por la Secretaría de Salud de México²² permitió que en el 2003 se elaborara el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud, que representó el punto de partida para el reordenamiento de la infraestructura existente y el camino a seguir hacia 2010 para la construcción de nuevas unidades de atención a la salud en el país. Establecía la conformación de 18 regiones a nivel nacional, denominadas Redes. En esta Red, la resolutivez se acerca a las personas sin necesidad de tener que seguir una secuencia de referencia-contrarreferencia, ya que todos los servicios se encuentran interconectados y es posible acceder directamente a ellos. Las redes de servicios constituyen además, el componente central del Modelo Integrador de Atención a la Salud, que busca la integración plena de la mejor capacidad resolutivez de atención médico-sanitario a las personas, acercando a las comunidades los beneficios de las especialidades médicas.

Los Hospitales Regionales de Alta Especialidad representan el anclaje complementario de servicios de cada una de las redes del Plan. En unión a los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Federales de Referencias y otros

²¹ UNIVERSIDAD DE GREIFSWALD. (2011). *Ernst Moritz Arndt Univesität Greiswald*. Disponible en <http://www.uni-greifswald.de/en/research/clinics.html> Fecha de acceso: 05 de abril de 2011, pág.2.

²² SECRETARIA DE SALUD DE MÉXICO. (2006). *Innovación en Gestión Hospitalaria en México. El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad*. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7848.pdf> Fecha de acceso: 06 de abril de 2011.

Hospitales vinculados con Universidades, conforman la Red de Servicios de Salud de Alta Especialidad, ampliando la oferta de servicios nacionales especializados.

1.2.1.1 Un nuevo Modelo de Gestión

El Modelo de Gestión del Hospital Regional de Alta Especialidad busca la integración de los procesos clínicos, quirúrgicos, de auxiliares de diagnóstico y terapéuticos, de provisión de servicios hospitalarios a personas internadas o en tratamiento ambulatorio, de provisión de servicios de apoyo a familiares, administrativos, jurídicos y de vinculación con el sistema de salud. Se encuentra profundamente orientado a la atención del usuario y su familia, que busca resolver problemas de salud de alta especialidad, a través de la unidad hospitalaria cuya gestión está organizada por procesos, integrada por profesionales de la salud altamente especializados que brindan atención de calidad certificada.

El Modelo de Gestión del Hospital se rige mediante una serie de principios²³ innovadores que caracterizan a sus servicios: Orientados a resultados, que se reflejan en el cumplimiento de estándares y criterios de calidad, seguridad y eficiencia. Gestión por procesos, tiene por prioridad la visión del cliente sobre las actividades de la organización. Los responsables de los servicios clínicos y quirúrgicos del Hospital actúan como gerentes de productos. Se centra en el paciente y su familia, son los sujetos de la atención sustantiva. El Hospital es una unidad médica basada en el aprendizaje, que comparte el conocimiento adquirido; la toma de decisiones, tanto clínicas como administrativas, es un proceso que se basa en la mejor evidencia disponible. El desempeño de todos los procesos de atención y de las diferentes áreas y servicios es evaluado de manera sistemática. El Hospital realiza costeo de sus servicios para garantizar un funcionamiento sustentable. Promueve sus servicios y concreta acciones para lograr la máxima captación de recursos para su sustentabilidad. Es una organización relacional,

²³ SECRETARÍA DE SALUD DE MÉXICO. (2006). *Innovación en Gestión Hospitalaria en México. El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad*. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7848.pdf> Fecha de acceso: 06 de abril de 2011, pág. 21.

donde los profesionales reconocen la interdependencia entre áreas de conocimiento y estructuras físicas en pos de los objetivos institucionales.

1.2.1.2. Gestión por Procesos

El Hospital está estructurado con base en la gestión por procesos, donde los flujos de trabajos están orientados a incrementar “el valor de la atención médica de los usuarios, en un proceso continuo y ordenado, de tal manera que toda persona involucrada en la atención hospitalaria se considere proveedor interno”²⁴ del proceso de atención.

Proceso de atención médica. Incluyen las acciones enfocadas a la prestación de servicios médico para los pacientes de la unidad de atención (que contiene, entre otros, los procesos de admisión y gestión de pacientes). Bajo el modelo de gestión por procesos, cada acción médica en lo individual, “genera un valor añadido al proceso de atención en su conjunto, interactuando con cada proceso y recibiendo insumos de otros procesos y subprocesos de apoyo,”²⁵ que se dividen a su vez en actividades.

Respecto a los procesos de apoyo, el Hospital coloca en el eje central la atención al paciente y toda la actividad que agregue valor al proceso clínico-quirúrgico se considera un servicio de apoyo hospitalario. Éstos se estructuran alrededor de los responsables del servicio, que son los líderes de la atención de los pacientes y quienes garantizan todo lo necesario para operar.

Para que esta gestión por procesos esté bien articulada, toda la cartera de servicio del hospital se basa en guías de Prácticas Clínica,

Procesos de admisión y gestión de pacientes. Involucran a los directivos del hospital en todos los niveles y constituyen un elemento clave para la gestión hospitalaria. Estos procesos facilitan los movimientos de los pacientes y funcionan

²⁴ SECRETARIA DE SALUD DE MÉXICO. (2006). *Innovación en Gestión Hospitalaria en México. El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad*. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7848.pdf> Fecha de acceso: 06 de abril de 2011, pág. 57.

²⁵ SECRETARIA DE SALUD DE MÉXICO. (2006). *Innovación en Gestión Hospitalaria en México. El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad*. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7848.pdf> Fecha de acceso: 06 de abril de 2011, pág. 59.

como elementos integradores de la información clínico-quirúrgica y documental del hospital, permitiendo la recolección, procesamiento, estudio y difusión de los registros generados por la actividad médica, así como proporcionando la conexión con otras unidades hospitalarias y con la Red de Servicios de Salud.

Estos procesos se estructuran funcionalmente como un todo dentro de la admisión hospitalaria, aunque de manera descentralizada “por la ubicación física de los lugares. De este modo cualquiera que sea la necesidad del paciente, se le proporciona una respuesta en cualquier lugar del hospital (ventanilla única).”²⁶ Esto se puede concretar gracias a que las áreas de admisión se encuentran interrelacionadas a través de un sistema único e integral de información, que a su vez se relacionan con los procesos de atención médica.

Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Las actividades terapéuticas que realizan los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento sirven para ayudar al estudio, resolución y tratamiento de los problemas de salud de los pacientes del hospital, de acuerdo a los procedimientos clínico-quirúrgicos. Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento se dividen en dos tramos: diagnóstico y tratamiento.

Políticas de admisión de pacientes por primera vez. El primer contacto del paciente con el hospital es el área de admisión hospitalaria, donde son valorados por un médico, quien indica qué estudios se deben realizar, independientemente a si son referidos por otras unidades de atención.

El trámite de ingreso hospitalario requiere de un formato de Informe de Hospitalización y Alta, que debe estar verificado por el área de admisión hospitalaria, firmado por el médico responsable del servicio clínico-quirúrgico y es acompañado del soporte documental relativo a los datos personales del paciente.

No se requiere de valoración médica para las urgencias médicas, que son atendidas en admisión continua. Una vez atendido, el paciente es contrarreferido con la documentación precisa, a la unidad de atención de salud que lo refirió.

²⁶ SECRETARÍA DE SALUD DE MÉXICO. (2006). *Innovación en Gestión Hospitalaria en México. El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad*. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7848.pdf> Fecha de acceso: 06 de abril de 2011, pág. 60.

Políticas para consultas externas. Las agendas de consultas externas son gestionadas por el área de Admisión Hospitalaria en función a las citas establecidas por los médicos para los pacientes. Dentro de las políticas de consultas externas también se establecen listados diarios de pacientes programados para ser atendidos en los consultorios.

Políticas para hospitalización. Los ingresos hospitalarios son programados y provienen de una Lista de Espera para Hospitalización, pero es inevitable el ingreso no programado por medio de la admisión continua, dado el carácter del tercer nivel del hospital. Todos los ingresos y altas hospitalarias contienen documentos de admisión hospitalaria y de egreso, que son firmados por un médico. Al paciente se le entrega una copia del resumen de su estadía en el hospital.

Políticas para quirófanos. La programación de quirófano es siempre centralizada, con el apoyo de Dirección de Operaciones, Dirección Médica, Dirección de Administración y Finanzas, enfermería y anestesia. Se sustenta siempre en una programación periódica en función a las demandas del servicio del hospital.

Las intervenciones quirúrgicas urgentes se integran dentro de la programación normal y se elabora una Lista de Espera Quirúrgica de pacientes pendientes de ser intervenidos quirúrgicamente.

Realizada la programación quirúrgica semanal, se envía una copia a la Comisión de Seguimiento y a la de Programación Quirúrgica para que la analicen y validen. Una vez autorizada, se le informa al área de admisión hospitalaria para que notifique al paciente la fecha programada de su intervención. Un ejemplar de la programación se entrega a los servicios quirúrgicos, a la Comisión y a los servicios de apoyo del hospital para su seguimiento.

Políticas de cirugía ambulatoria. Es una opción proporcionada a los pacientes, que permite un resultado eficiente y un regreso a sus casas en el mismo día.

Las áreas de cirugía ambulatoria en los hospitales se desarrollaron para reducir los costos del cuidado médico, para aumentar la disponibilidad de camas y quirófanos del hospital para aquellos pacientes que lo necesiten más y para

ofrecer a los pacientes la misma calidad de cuidados médicos y de enfermería que se administran a un paciente interno, sin inconvenientes ni riesgos. Toda cirugía ambulatoria está incluida en la Lista de Espera Quirúrgica.

Abasto de insumos y gestión de farmacia. Los procesos de abastos son relevantes en la atención médica ya que establecen las premisas para que los médicos cuenten con medicamentos e insumos para utilizarlos en los pacientes y por otra parte, definen las acciones de suministro de los mismos desde su adquisición hasta la administración al paciente. Tres elementos deben ser considerados: abasto, surtimiento a pacientes y vinculación con el servicio de farmacia intrahospitalaria. Asimismo debe diferenciarse la farmacia en servicios de farmacia intrahospitalaria y farmacia para consultas externas.

1.2.2. Brasil - Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo

El Hospital, inaugurado en 1944, es una institución independiente vinculada al Ministerio de Salud por la coordinación administrativa y asociado con la Escuela de Medicina de la Universidad de San Pablo para los fines de enseñanza, investigación y prestación de servicios y acciones de salud de alta complejidad para la comunidad.

Los órganos de alta dirección²⁷ están conformados por: el Consejo Deliberante, compuesto por los profesores de la Facultad de Medicina, que establecen los lineamientos básicos de las actividades médicas, de investigación y de cooperación con los cursos de la Facultad de Medicina de San Pablo. La Junta Clínica, que tiene la autoridad para coordinar actividades y apoyar la educación médica y las unidades de investigación científica del hospital. Y el Superintendente, nombrado por el Gobernador, es el máximo órgano de dirección ejecutiva que coordina y controla las actividades de la administración del Hospital.

²⁷ HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. (2008a). *Instituição*. Brasil, San Pablo. Disponible en http://www.hcnet.usp.br/instituicao/quem_somos.htm Fecha de acceso: 12 de abril de 2011.

Siendo la Misión – Visión del Hospital “ser una reconocida institución de excelencia en la educación a nivel nacional e internacional, en la investigación y el cuidado de la salud.”²⁸

Los valores de la organización expresan las creencias “más importantes de la institución, guiando la conducta de sus empleados y su relación con las distintas partes interesadas, incluyendo clientes, proveedores y la sociedad, entre otros.”²⁹ Así adopta como valores a la ética, el humanismo, la responsabilidad social, el pluralismo, el ser pioneros y el compromiso institucional.

Las líneas estratégicas³⁰ definidas para el 2008 fueron:

- Organizar el mapa de negocio del Hospital con una descripción de su gobierno corporativo, de acuerdo con las recomendaciones del Modelo de Excelencia, aprobado por los órganos de alta dirección del Hospital.
- Implementar la política interna de la gestión económica-financiera, la promoción de la cooperación y la integración entre los recursos públicos y fundacionales.
- Optimizar los procesos de organización, la búsqueda de la garantía de la calidad, racionalidad y resolución, basados en las mejores prácticas y la gestión científica.
- Consolidar el Modelo de Gestión con visión sistémica por medio de la integración de la gestión de la educación, la investigación y la atención, la búsqueda de procesos de excelencia y resultados para el Hospital.
- Contribuir a la regionalización, la jerarquía y la integralidad de la atención médica a través del Sistema de Referencia y Contra-referencia. A la consolidación de la zona de inserción de la enseñanza y la investigación en un Sistema Único de Salud en el Hospital.

²⁸ HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. (2008b). *Missão-Visão do Hospital*. Brasil, San Pablo. Disponible en <http://www.hcnet.usp.br/adm/missao.htm> Fecha de acceso: 12 de abril de 2011.

²⁹ HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. (2008c). *Valores do Hospital*. Brasil, San Pablo. Disponible en <http://www.hcnet.usp.br/adm/valores.htm> Fecha de acceso: 12 de abril de 2011.

³⁰ HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. (2008d). *Diretrizes Estratégicas Amplas para o Hospital 2008*. Brasil, San Pablo. Disponible en <http://www.hcnet.usp.br/adm/diretrizes.htm> Fecha de acceso: 12 de abril de 2011.

-
- Contribuir al progreso científico del país, por medio de proyectos de investigación que respondan a las necesidades de la realidad brasileña.
 - Consolidar las relaciones del Hospital con los clientes. Consolidar las acciones de responsabilidad social y ambiental en Hospital de Clínicas.
 - Poner en práctica la política de recursos humanos en el Hospital de Clínica. Implementar la gestión del conocimiento, promover el desarrollo, el intercambio y la protección de los conocimientos en la institución.
 - Consolidar el proceso de gestión de proveedores en el Hospital.

1.2.2.1. Gestión de Procesos

En el Capítulo VII del Informe del Hospital de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo, Gestión por Procesos,³¹ describe el enfoque y la aplicación de las prácticas de manejo y sus estándares de trabajo para la gestión por procesos de la organización, incluyendo diseños de nuevos productos, servicios o conductas orientadas al cliente, su producción, los procesos de apoyo y los relacionados con los proveedores; en todo los sectores y unidades. También se discute cómo la Organización gestiona su recurso financiero, para sostener su estrategia, planes de acción y operación de procesos eficaces.

1.2.2.1.1. Proceso de Gestión relacionado con el Servicio de Cuidado de la Salud

El Hospital de Clínicas atiende las enfermedades de los niños y adolescentes que poseen dolencias complejas.

Los convenios de colaboración, que mantienen con el Ministerio de Salud y la Secretaría de Estado de Salud de San Pablo, le permiten realizar procedimientos de media y alta complejidad, que son contemplados como factor de incentivo en el desarrollo de la enseñanza y la investigación de la salud.

En el área de Atención de la Salud, cuenta con un equipo multidisciplinar de profesionales, atiende cerca de veintitrés especialidades médicas, comprendidas

³¹ HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. (2008e). *Gestão de Processos*. Brasil, San Pablo. Disponible en <http://www.hcnet.usp.br/adm/superintendencia/relatorios/pdf/processos.pdf> Fecha de acceso: 12 de abril de 2011.

en las áreas de Unidad de Cuidados Intensivos, Cuidados Intensivos Neonatales, Especialidades de Enfermería, de Convenio particular, Cirugía de Niños, Emergencia, Centro Ambulatorio, Quirúrgico, Centro de Material Esterilizado y Equipo para la atención de pacientes de Trasplante Hepático y Médula Ósea.

La identificación de nuevos productos y servicios se realiza a partir de las necesidades de los clientes por medio de reuniones sistemáticas con el Comité Comunitario, el Grupo de Padres de los pacientes hospitalizados y ambulatorios y por medio de las investigaciones de satisfacción que son traducidos en proyectos de servicio/producto.

Los procesos clave³² son: Primeros auxilios, cuyos indicadores son el tiempo de espera en la Atención de Emergencia y el tiempo de permanencia para ser atendidos. Clínica, su indicador es el número de asistencia. Hospitalización, su indicador es la duración media de la estancia, la media de días-paciente, tasa de ocupación del hospital, tasa de mortalidad, índice intervalo de reemplazo, de renovación o rotación. Hospital de día, cuyo indicador es el número de atención.

En el servicio de consultas de atención urgente, desde el 2002 se implementa un sistema de registros médicos electrónicos que permite informar sobre la atención que se le da al paciente, las solicitudes de exámenes radiográficos se realizan on line, al igual que la prescripción de medicamentos. La clasificación de la gravedad se realiza por una escala de colores, el rojo es urgente, el amarillo requiere atención y el negro y el verde intensifican o no la gravedad. Los indicadores se generan on line disponibles en tiempo real. La Clínica de recepción utiliza, también, un programa informatizado para registrar a los pacientes. Todas las salas de tratamiento multidisciplinar están organizadas para ver en línea los trámites administrativos y la información de los pacientes.

³² HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. (2008e). *Gestão de Processos*. Brasil, San Pablo. Disponible en <http://www.hcnet.usp.br/adm/superintendencia/relatorios/pdf/processos.pdf> Fecha de acceso: 12 de abril de 2011, pág. 82.

1.2.2.1.2. Procesos de Gestión de Apoyo

Respecto a “los procesos de gestión de apoyo”³³, uno de ellos es el control de la higiene y la limpieza, que es realizado en forma conjunta con el prestador del servicio a través de una lista de verificación y de los indicadores de desempeño. Cuentan con el apoyo de un Grupo de Orientación en Higiene Hospitalaria y Protección Individual cuyo objetivo es trabajar en conjunto con las diferentes áreas del Instituto para mantener la higiene y prevenir las infecciones.

En la Institución se utiliza el manual de instrucciones y los diagramas de flujos en las prácticas de rutina, las cuales son sometidas a revisiones periódicas para mejorar la seguridad.

Los procesos de apoyo son desarrollados a partir de la necesidad del área asistencial, de la investigación y la educación, animados por la necesidad de modernizarlas. Su gerenciamiento, se apoya en indicadores de desempeño para verificar si se han cumplimentado los rendimientos preestablecidos.

1.2.2.1.3. Procesos de Gestión relativos a los Proveedores

Con el objetivo de ajustar y optimizar la gestión de proveedores y socios se creó un grupo multidisciplinario en el Hospital para identificar y reevaluar el proceso de adquisición.

1.2.3. Chile - Hospital de Niños Dr. Roberto del Río

El Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, de la República de Chile, es una institución de salud de alta complejidad que otorga atención abierta a través del Consultorio Adosado de Especialidades y la Unidad de Emergencia y atención cerrada, a través de los Centros de Responsabilidad Clínicos: Pediátrico, Quirúrgico y de Apoyo Clínico, a la población infantil del área norte de la región metropolitana. Tras 71 años de funcionamiento se encuentra frente al desafío de

³³ HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. (2008e). *Gestão de Processos*. Brasil, San Pablo. Disponible en <http://www.hcnet.usp.br/adm/superintendencia/relatorios/pdf/processos.pdf> Fecha de acceso: 12 de abril de 2011, pág. 85.

consolidarse como un Establecimiento Autogestionado en Red. Para concretarlo elaboró una Planificación Estratégica 2011-2014³⁴ que contiene las directrices institucionales que guiará las actuaciones de ese período.

Su misión es ser un hospital pediátrico asistencial-docente de alta complejidad, cuyo propósito es brindar una atención de salud con calidad, además de generar conocimiento por medio de la investigación, dentro del marco de la red asistencial.

Su visión, es ser el hospital pediátrico líder en brindar atención de salud de alta complejidad.

Los valores institucionales se basan en los principios de responsabilidad, respecto, cooperación y honestidad.

1.2.3.1. Proceso de Planificación Estratégica 2011-2014³⁵

Se constituyó un equipo multidisciplinario de las distintas unidades de la Institución denominado Comité de Apoyo a la Planificación Estratégica; conformado por médicos, enfermeras, ingenieros, una educadora de párvulos y facilitado por un profesional del área de las ciencias sociales para apoyar al equipo directivo del hospital en el proceso de planificación estratégica institucional, proporcionando información para la toma de decisiones respecto a las directrices sobre las cuales el hospital trabajará los próximos años.

1.2.3.2. Metodología de Obtención y Análisis de Información en Grupos de Interés

La metodología escogida fue participativa para la obtención de la información, de tipo cualitativa, para lo cual se codificó la información obtenida en los grupos de interés. También fueron revisados y actualizados la Misión y la

³⁴ GOBIERNO DE CHILE. (2011). *Hospital de Niños Roberto del Río. Planificación Estratégica 2011-2014*. Disponible en <http://www.hrrio.cl/documentos/PLANIFICACION%20ESTRATEGICA%202011-2014.pdf> Fecha de acceso: 09 de abril de 2011.

³⁵ GOBIERNO DE CHILE. (2011). *Hospital de Niños Roberto del Río. Planificación Estratégica 2011-2014*. Disponible en <http://www.hrrio.cl/documentos/PLANIFICACION%20ESTRATEGICA%202011-2014.pdf> Fecha de acceso: 09 de abril de 2011, pág. 12.

Visión del Hospital y reformuladas los Valores y Políticas Institucionales por el Comité y el Equipo Directivo, de manera conjunta.

1.2.3.3. Plan Estratégico de Desarrollo 2011-2014

La información obtenida fue clasificada en cuatro grandes categorías:

- Estratégico³⁶

E.1. Gestión de procesos

Hace referencia a la capacidad institucional de abordar los procesos para la atención abierta y cerrada de manera permanente y coordinada con los procesos de soporte, con el objetivo de satisfacer las necesidades de los usuarios. Los aspectos relevantes son:

- . Proceso de atención continuo, centrado en el usuario.
- . Mapa de procesos institucional, con enfoque sistémico.
- . Participación de los trabajadores de la institución.

Su objetivo es "incorporar la metodología de Gestión por Procesos para lograr mejoría continua de calidad en la atención que recibe el usuario, integrando los aspectos clínicos y administrativo-financiero."³⁷

E. 2. Gestión de recursos humanos

Entendida como la generación de condiciones para el desarrollo de las personas que trabajan en el Hospital, así como mejorar las condiciones organizacionales y de entorno para favorecer el sentido de pertinencia.

Los temas a considerar en materia de recursos humanos son: Aplicación de

³⁶ GOBIERNO DE CHILE. (2011). *Hospital de Niños Roberto del Río. Planificación Estratégica 2011-2014.* Disponible en <http://www.hrrrio.cl/documentos/PLANIFICACION%20ESTRATEGICA%202011-2014.pdf> Fecha de acceso: 09 de abril de 2011, pág. 15.

³⁷ GOBIERNO DE CHILE. (2011). *Hospital de Niños Roberto del Río. Planificación Estratégica 2011-2014.* Disponible en <http://www.hrrrio.cl/documentos/PLANIFICACION%20ESTRATEGICA%202011-2014.pdf> Fecha de acceso: 09 de abril de 2011, pág. 15.

Políticas de RRHH de la institución; Capacitación y Clima Organizacional como herramientas de desarrollo; Retención de talento; Reconocimiento e incentivos para reforzar el compromiso de los trabajadores con la institución.

Su objetivo estratégico es realizar una gestión efectiva de recursos humanos que comprendan a todas las etapas del ciclo de vida laboral.

E.3. Articulación de la red asistencial

Se entiende como la coordinación entre las instituciones que forman parte “de la red asistencial, la macrorred y el extrasistema, que va a permitir el logro de los objetivos definitivos por la autoridad sanitaria.”³⁸

Los temas relevantes son: Referencia y contrarreferencia; vínculo con Gestor de Red; con APS; con el Extrasistema y con Instituciones de Educación Superior, dada la naturaleza docente-asistencial.

El objetivo estratégico es fortalecer los vínculos con las instituciones integrantes de la red asistencial y la macrorred, como en el ámbito de la docencia e investigación, que permita optimizar la atención a los usuarios.

E.4. Imagen Institucional

Fortalecer la imagen institucional a través de estrategias de posicionamiento que permitan consolidar al hospital como el mejor establecimiento de salud infantil clínica, docente y de investigación.

Los temas a ser abordados deben ser: Posicionamiento Institucional; Entorno físico hospitalario y Alianzas Estratégicas con distintas organizaciones.

Su objetivo estratégico es posicionar al Hospital como el mejor hospital pediátrico por la calidad de los servicios otorgados en el área clínica, docente y de investigación.

E.5. Gestión Financiera

Conjunto de actividades coordinadas y dirigidas, con el objetivo de optimizar la gestión de ingresos y gastos de la institución de acuerdo a normativas gubernamentales vigentes.

³⁸ GOBIERNO DE CHILE. (2011). *Hospital de Niños Roberto del Río. Planificación Estratégica 2011-2014*. Disponible en <http://www.hrrrio.cl/documentos/PLANIFICACION%20ESTRATEGICA%202011-2014.pdf> Fecha de acceso: 09 de abril de 2011, pág. 17.

Los temas a tratar son: Costeo de prestaciones contenidas en la Cartera de Servicios; Equilibrio Financiero Asistencial para la generación de los compromisos del período presupuestario vigente; Producción del período presupuestario vigente; e Incrementar la generación de ingresos propios.

El objetivo estratégico es propender al equilibrio financiero en período presupuestario resguardando el cumplimiento de la normativa vigente.

- Normativo³⁹

N1. Marco regulatorio externo. Son las exigencias legales y normativas que regulan al sector salud.

Su objetivo estratégico es cumplimentar al marco regulatorio vigente para el sector salud.

N2. Marco regulatorio interno. Entendidas como las normas y directrices que regulan el trabajo de todos los funcionarios y su vinculación con los usuarios.

Los más relevantes son: Cumplimiento de normativas internas para funcionario y de procedimientos administrativos, guías y protocolos.

Su objetivo estratégico es regular los procedimientos clínicos y administrativos disponiendo de normas, reglamentos, protocolos y guías clínicas actualizadas con alta cobertura de cumplimiento.

- Transversal⁴⁰

T1. Participación de los funcionarios. Es necesario incorporar a todos los funcionarios del hospital en el desarrollo e implementación del proceso de atención, ya que permitirá alcanzar el resultado final.

La participación puede ser asumida en distintos niveles como el informativo, consultivo, decisional, de liderazgo.

³⁹ GOBIERNO DE CHILE. (2011). *Hospital de Niños Roberto del Río. Planificación Estratégica 2011-2014.* Disponible en <http://www.hrrio.cl/documentos/PLANIFICACION%20ESTRATEGICA%202011-2014.pdf> Fecha de acceso: 09 de abril de 2011, pág. 20.

⁴⁰ GOBIERNO DE CHILE. (2011). *Hospital de Niños Roberto del Río. Planificación Estratégica 2011-2014.* Disponible en <http://www.hrrio.cl/documentos/PLANIFICACION%20ESTRATEGICA%202011-2014.pdf> Fecha de acceso: 09 de abril de 2011, pág. 22.

El objetivo estratégico consiste en motivar la participación activa de todos los funcionarios.

T2. Calidad y Seguridad del Paciente. Considera la calidad desde la dimensión de la seguridad del paciente, como la ausencia de daño o potencial daño, asociado a la atención y no a la enfermedad. Algunos aspectos importantes son: Cultura de aprendizaje a partir de los eventos adversos e incidentes en contraposición a la cultura de castigo; promover la notificación de los eventos adversos o incidentes; Implementar soluciones para prevenir los riesgos e Incorporar las medidas de prevención en el quehacer.

El objetivo estratégico establece incorporar a la gestión clínico-administrativa la prevención y control de riesgo asociados a la atención del paciente, utilizando como herramienta la mejora continua de la calidad.

T3. Gestión de la Satisfacción Usuaría. Es entendida como la percepción de la calidad de atención que reciben los usuarios en la institución.

Se consideran las siguientes medidas: Otorgar atención de calidad y calidez a los usuarios de la institución y Evaluación de los servicios prestados.

Siendo su objetivo estratégico mejorar la satisfacción del usuario externo.

T4. Control Interno. Es un conjunto de procedimientos de monitoreo de las actividades a través de indicadores que interrelacionados entre sí, tiene por objetivo el buen funcionamiento orgánico institucional.

Su objetivo estratégico es monitorear el comportamiento de los indicadores para asesorar a una mejor toma de decisiones.

- **Ámbito de soporte**

S1. Identificación de brechas en procesos de soporte

El proceso de soporte es todo aquello que apoyan y permiten dar una atención de calidad al paciente. En este ámbito se consideran los siguientes: Infraestructura; Equipamiento médico e industrial; Insumos clínicos, no clínicos y medicamentos y Dotación de las necesidades asistenciales.

Su objetivo estratégico es conocer las brechas de requerimientos necesarios para una atención de calidad.

S2. Sistema de información como herramienta de gestión

Los sistemas de información se entienden como una herramienta de recolección de datos, que se producen continuamente en el hospital y que el sistema los ordena, procesa, analiza y lo transforma en información útil para la toma de decisión.

Siendo el objetivo estratégico contar con sistemas de información confiable para el mejoramiento de la gestión clínica y administrativa del hospital.

1.3. Antecedentes en Argentina

1.3.1. Buenos Aires

1.3.1.1. Universidad Austral

En el año 2006 la Universidad Austral, por intermedio del Centro de Estudios Interdisciplinarios en Gestión y Economía de la Salud y del Hospital Universitario Austral, inició un programa destinado a medir y mejorar la calidad de sus cuidados en salud mediante la gestión por procesos de atención. Para dar inicio a este proyecto tres miembros del hospital, especialistas de cardiología, pediatría y enfermería, realizaron durante cuatro meses un “fellowship en Intermountain Health Care, uno de los sistemas de salud de mayor calidad y más rentables de los Estados Unidos.”⁴¹ Durante ese tiempo el grupo trabajó en el Institute for health Care Delivery Research, “a cargo de medir, evaluar y mejorar los procesos de atención en 24 hospitales y 60 centros de atención ambulatoria del sistema integrado de salud Intermountain Health Care.”⁴²

La formación académica en mejora de los procesos clínicos se llevó a cabo mediante la realización del curso Advanced Training Program in Health Care Delivery Improvement, dictado por referentes en la materia tanto del staff de Intermountain como de invitados de distintos estados de los Estados Unidos. El

⁴¹ UNIVERSIDAD AUSTRAL. (2008). *Programa de Entrenamiento en Mejora de los Procesos Asistenciales*. Universidad Austral, Facultad de Ciencias Biomédicas, Intermountain Health Care. Disponible en <http://www.austral.edu.ar/cienciasbiomedicas/files/2012/04/atp-2.pdf> Fecha de acceso: 08 de abril de 2011.

⁴² UNIVERSIDAD AUSTRAL. (2008). *Programa de Entrenamiento en Mejora de los Procesos Asistenciales*. Universidad Austral, Facultad de Ciencias Biomédicas, Intermountain Health Care. Disponible en <http://www.austral.edu.ar/cienciasbiomedicas/files/2012/04/atp-2.pdf> Fecha de acceso: 08 de abril de 2011.

grupo desarrolló, dos proyectos de calidad, “Mejora de la calidad del alta médica en los síndromes coronarios agudos e Implementando un protocolo basado en la evidencia para el tratamiento de la bronquiolitis,”⁴³ ambos llevados a cabo en el Hospital Universitario Austral.

En el 2007 se realizó en el Hospital Universitario Austral una “versión adaptada para la República Argentina del curso mini-Advanced Training Programme in Health Care Delivery Improvement, destinado al personal del Hospital Austral y del Hospital Británico.

El resultado de este aprendizaje “teórico práctico dio como resultados 23 proyectos de mejora de calidad, 89% con resultado positivo en el objetivo preestablecido y el 30% incluyó un análisis económico.”⁴⁴ Ésta experiencia, exitosa, pretende ser replicada en otras instituciones de salud de manera de expandir la cultura de la calidad.

Con estos fundamentos se pone en marcha el Programa de Entrenamiento en Mejora de los Procesos Asistenciales cuyo objetivo es que los participantes realicen un proyecto de mejora de procesos en su institución “para lo cual se les brindarán los conocimientos más novedosos para liderar, diseñar y dirigir proyectos de mejoras de procesos clínicos y no clínicos.”⁴⁵ Este entrenamiento les permitirá entrenar a otras personas en el programa de mejora de la calidad de los procesos en su Institución.

En este contexto, durante el desarrollo del curso, los participantes aprenderán conceptos teóricos prácticos sobre principios de mejora de la calidad; gestión por procesos, investigación operativa como estadística de procesos; herramientas necesarias para mejorar los resultados clínicos, la calidad del

⁴³ UNIVERSIDAD AUSTRAL. (2008). *Programa de Entrenamiento en Mejora de los Procesos Asistenciales*. Universidad Austral, Facultad de Ciencias Biomédicas, Intermountain Health Care. Disponible en <http://www.austral.edu.ar/cienciasbiomedicas/files/2012/04/atp-2.pdf> Fecha de acceso: 08 de abril de 2011.

⁴⁴ UNIVERSIDAD AUSTRAL. (2008). *Programa de Entrenamiento en Mejora de los Procesos Asistenciales*. Universidad Austral, Facultad de Ciencias Biomédicas, Intermountain Health Care. Disponible en <http://www.austral.edu.ar/cienciasbiomedicas/files/2012/04/atp-2.pdf> Fecha de acceso: 08 de abril de 2011.

⁴⁵ UNIVERSIDAD AUSTRAL. (2008). *Programa de Entrenamiento en Mejora de los Procesos Asistenciales*. Universidad Austral, Facultad de Ciencias Biomédicas, Intermountain Health Care. Disponible en <http://www.austral.edu.ar/cienciasbiomedicas/files/2012/04/atp-2.pdf> Fecha de acceso: 08 de abril de 2011.

cuidado y costo de efectividad; seguridad del paciente y habilidades en liderazgo, trabajo en equipo y docencia.

Cada participante del curso, seleccionará, diseñará y llevará a cabo un proyecto “de mejora de la calidad que presentará al finalizar el mismo. Dicho proyecto debe buscar mejoras verificables en resultados clínicos, satisfacción del paciente y/o reducción de costo en su institución.”⁴⁶

1.3.1.2. Hospital El Cruce

El Hospital El Cruce⁴⁷ es un hospital de alta complejidad en red, perteneciente al Nivel de Atención III de la Sub Región VI, conformada por los Municipios de Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes, de la provincia de Buenos Aires. En el 2009 presentó su Plan Estratégico 2009-2012 que guiará su actuar durante los próximos cuatro años en su reciente comienzo en la actividad asistencial; el documento llega hasta la enunciación de los Programas, restando formular el Sistema de Control de Gestión que permitirá evaluar la marcha del Plan y el grado de cumplimiento de sus distintos Planes Operativos.

La apuesta estratégica del Plan consiste en sostener la provisión eficiente y de calidad de servicios de alta complejidad para la población de referencia, en armonía con las necesidades de la comunidad, los usuarios y los trabajadores del Hospital. En este sentido, las apuestas son:

Estrategia 1. Desarrollo de la alta complejidad orientado a la mejora continua de la calidad y eficiencia. Apuesta que está orientada a que la organización se dirija hacia la Calidad Total, garantizando la satisfacción del usuario, considerada como pilar del servicio de salud brindado. Para concretarlo se propone establecer la gestión por procesos en las actividades clínicas y administrativas de la

⁴⁶ UNIVERSIDAD AUSTRAL. (2008). *Programa de Entrenamiento en Mejora de los Procesos Asistenciales*. Universidad Austral, Facultad de Ciencias Biomédicas, Intermountain Health Care. Disponible en <http://www.austral.edu.ar/cienciasbiomedicas/files/2012/04/atp-2.pdf> Fecha de acceso: 08 de abril de 2011.

⁴⁷ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2009). *Alta Complejidad en Red Hospital El Cruce. Plan Estratégico 2009-2012*. Disponible en <http://www.hospitalelcruce.org/pdf/planestrategico.pdf>. Fecha de acceso: 08 de abril de 2011.

institución y diseñar los programas y servicios bajo el concepto de calidad, así como gestionar el mejoramiento continuo de los procesos principales.

En el marco del Programa de Evaluación de la Calidad, cuyo objetivo consiste en desarrollar un sistema de autoevaluación y evaluación externa de la calidad; implementar la acreditación de la calidad y efectuar la habilitación del Hospital se prevé la implementación del Modelo de Gestión de Excelencia de la European Foundation for Quality Management.

Estrategia 2. Brindar un servicio de excelencia de alta complejidad centrando las actividades en el usuario y sus preferencias. Esta apuesta persigue el mejoramiento continuo de los índices de satisfacción del usuario. Pretende además, fortalecer las bases de coordinación con los demás hospitales de la Red, con los centros de APS en el ámbito de la Red y con las derivaciones que se produzcan desde otros efectores provinciales o nacionales.

Estrategia 3. Desarrollo de una política integral de recursos humanos. Debe incorporar herramientas y elementos que favorezcan el desarrollo de mejoras en la gestión de los mismos y que contribuyan a mantener un buen clima laboral. Como la planificación de la carrera profesional de los empleados del hospital, la incorporación en el sistema de remuneraciones de una mejora por incentivos, la intensificación de la comunicación interna, la implementación de una política de salud laboral y la mejora continua en el clima laboral. Sin olvidar la promoción de actividades vinculadas a docencia y a la formación continua.

Estrategia 4. Desarrollo de un modelo de gestión clínica y desarrollo de los sistemas de información. Se basará en el modelo de atención progresiva, organizado en base a los centros de responsabilidad definidos en el Hospital.

1.3.1.3. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el año 2009, surgió la necesidad de modernizar la gestión sanitaria de un modo estructurado para lo cual el Gobierno, por medio del Ministerio de Salud, decidió dotarlo de aquellas herramientas orientadas a mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades que plantea la atención del paciente.

En este sentido las autoridades expresaron que en diferentes países se viene implementando con éxitos la gestión por procesos en las actividades de los establecimientos sanitarios. Surge entonces la necesidad de evaluar la conveniencia de introducir la gestión por procesos en el ámbito de los establecimientos de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Por tal motivo se creó, a través de la Resolución 2746/09, una Comisión Asesora ad honorem⁴⁸ para que evaluara y se expida en torno a la conveniencia y el modo de aplicar la gestión por procesos en el ámbito de los establecimientos sanitarios del Gobierno de la Ciudad. Esta Comisión fue integrada por el Subsecretario de Atención Integrada de Salud, los Directores Generales de las Regiones Sanitarias, de Redes y Programas de Salud, de Recursos Físicos en Salud y un representante de la Subsecretaría de Administración del Sistema de Salud. Invitándose también a la Asociación de Médicos Municipales a designar dos representantes para integrar la Comisión.

La Resolución 2746/09⁴⁹ Gestión por Procesos - Cambio estratégico en la organización hospitalaria, tanto dentro de un hospital, como entre varios hospitales, relacionando los procesos de atención a los pacientes de una manera eficiente y racional, ya ha comenzado con el Complejo Hospitalario Sur, asociando a los Hospitales Monovalentes Muñiz, Udaondo y Ferrer. Que cuentan con sus Planes Médico y Arquitectónico. Políticas que se encuentran apoyados por la Asociación de Médicos Municipales, el Sindicato Único de Trabajadores del Estado de la Ciudad de Buenos Aires y la Federación de Profesionales.

⁴⁸ GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. (2009a). *Resolución 2746/GCABA/MSGC/09*. Disponible en <http://boletinoficial.buenosaires.gov.ar/apps/BO/front/documentos/normas/2009/09/PE-RES-MSGC-MSGC-2746-9.pdf> Fecha de acceso: 10 de abril de 2011.

⁴⁹ GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. (2009b). *Resolución 2746-Gestión por Procesos*. Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/gestionsalud/planes.php?menu_id=22840 Fecha de acceso: 10 de abril de 2011.

1.3.1.4. Ministro de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Gestión por Procesos, Alta Resolución y Gestión Clínica en Alemania

A principios del 2011 el Ministro de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Dr. Jorge Lemus, visitó importantes centros hospitalarios en Alemania, “en donde se están aplicando las modernas técnicas de gestión clínica y por procesos, así como la estrategia de instituciones de salud de alta resolución.”⁵⁰

En el marco de un programa destinado a compartir experiencias mutuas, el Ministro de Salud brindó conferencias y asistió a mesas redondas en hospitales públicos de reconocido prestigio, en tanto recibió información actualizada sobre la construcción de nuevas instalaciones y el estado de las reformas sanitarias. Importante fue su reunión de intercambio con el Prof. Dr. Michael Wendt, Director del Hospital Universitario de la Ernst-Moritz-Arndt en Greifswald, “en dónde se analizó la organización de todo un nuevo hospital por la estrategia de organización por procesos.”⁵¹

1.3.1.5. Política de la Jurisdicción Ministerio de Salud

La Política de la Jurisdicción 40 - Ministerio de Salud expresa, a través del Programa General de Acción y Plan de Inversiones Años 2011-2013 y el Presupuesto del año 2011, que desarrollará “las acciones tendientes a lograr el fortalecimiento del subsector público de la salud, constituyéndolo en la columna vertebral de la prevención y atención de la salud de los ciudadanos”⁵² en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Poniéndose énfasis en continuar con el proceso de recuperación del Hospital Público, “atendiendo los recursos humanos

⁵⁰ BUENOS AIRES CIUDAD. (2011). *Gestión por Procesos, Alta Resolución y Gestión Clínica en Alemania*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/gestionsalud/encuentros.php> Fecha de acceso: 05 de abril de 2011.

⁵¹ BUENOS AIRES CIUDAD. (2011). *Gestión por Procesos, Alta Resolución y Gestión Clínica en Alemania*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/gestionsalud/encuentros.php> Fecha de acceso: 05 de abril de 2011.

⁵² GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. (2011). *Jurisdicción 40- Ministerio de Salud*. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/presupuesto2011/presupuesto_2011/03_ley_3753/04_presupuesto_jurisdiccional/Jur40.pdf Fecha de acceso: 10 de abril de 2011.

necesarios de profesionales y trabajadores de la salud, trabajando para cubrir el abastecimiento de los insumos necesarios, revirtiendo el atraso tecnológico de algunas áreas”⁵³ y recuperando la infraestructura de hospitales centenarios.

En este marco, se continuará fortaleciendo el primer nivel de atención con estrategia de atención primaria de la salud, manteniendo y refuncionalizando los Centros de Salud y Atención Comunitaria para lograr una distribución geográfica que permita estar lo más cerca de la población. Así también, continúan siendo los principales instrumentos para lograr mayor eficiencia del sistema: la Gestión Clínica, la Gestión por Procesos y la organización por niveles de complejidad.

El cumplimiento de la Ley Básica de Salud de la Ciudad permitirá llegar a la cobertura universal de sus habitantes, fortalecer la Regionalización Sanitaria y las Redes y Programas.

En el período 2011 se consolidarán las reformas producidas por la gestión,⁵⁴ trabajando para:

- Fortalecer el Programa de Cobertura Porteña de Salud.
- Promover el instrumento de gestión clínica para la administración de los hospitales de la Ciudad.
- Promover el instrumento de gestión por procesos.
- Extender la contratación del servicio de mantenimiento hospitalario a aquellos establecimientos que actualmente no cuenten con el mismo.
- Continuar con la ejecución de obras ya iniciadas por esta Jurisdicción.
- Iniciar la ejecución de obras en áreas críticas de diversos establecimientos.
- Priorizar el desarrollo del segundo tramo del programa de recambio, ampliación y renovación tecnológica del parque de equipamiento médico de los establecimientos, al amparo de la Ley 2780.

⁵³ GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. (2011). *Jurisdicción 40-Ministerio de Salud*. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/presupuesto2011/presupuesto_2011/03_ley_3753/04_presupuesto_jurisdiccional/Jur40.pdf Fecha de acceso: 10 de abril de 2011.

⁵⁴ GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. (2011). *Jurisdicción 40-Ministerio de Salud*. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/presupuesto2011/presupuesto_2011/03_ley_3753/04_presupuesto_jurisdiccional/Jur40.pdf Fecha de acceso: 10 de abril de 2011.

-
- Designar el personal de enfermería necesario para el proceso de recuperación de estos profesionales en el sistema público de salud.
 - Implementar la reforma de la Red de Neonatología para aumentar su eficiencia.
 - Fortalecer la creación de dispositivos intermedios que promuevan las altas de los centros hospitalarios de internación de salud mental.
 - Fortalecer las acciones médicas sobre adicciones.
 - Realizar el seguimiento de los pacientes adultos y menores en los hogares de internación con discapacidades psiquiátricas o motoras.

La regionalización del Sistema de Salud, como estrategia que comenzó en el año 2008, buscará equiparar progresivamente los indicadores de cada una de las regiones sanitarias.

Será “necesario adecuar los perfiles de los establecimientos de cada región con la filosofía de complejidad creciente y la necesidad de eficiencia en la gestión de recursos.”⁵⁵

Se garantizarán los turnos de atención ambulatoria en el primer y segundo nivel, se continuará con la extensión horaria de atención de consultorios vespertinos y se incrementará la oferta de atención.

Más allá de las restricciones económicas, la política de infraestructura y equipamiento, “continuará centrándose en mantener y mejorar la operatoria y funcionalidad de las estructuras vigentes, con una mirada integradora a partir del modelo de Gestión por Procesos antes mencionado.”⁵⁶

⁵⁵ GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. (2011). *Jurisdicción 40-Ministerio de Salud*. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/presupuesto2011/presupuesto_2011/03_ley_3753/04_presupuesto_jurisdiccional/Jur40.pdf Fecha de acceso: 10 de abril de 2011.

⁵⁶ GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. (2011). *Jurisdicción 40-Ministerio de Salud*. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/presupuesto2011/presupuesto_2011/03_ley_3753/04_presupuesto_jurisdiccional/Jur40.pdf Fecha de acceso: 10 de abril de 2011.

1.3.1.6. Hospital Italiano

El Hospital Italiano es considerado un hospital “de excelencia médico-administrativa, líder en el sistema de salud de la Argentina, e integrado en la comunidad científico-académica internacional.”⁵⁷

En este marco definen a la visión de servicio de diagnóstico por imágenes, como la que “continuará desarrollándose como la mayor unidad de producción en su especialidad en el país y una de las más importantes del mundo.”⁵⁸

Estiman que en los próximos años “se consolidará el liderazgo por subespecialidades, en Radiología Intervencionista, Terapéutica Endovascular, Neuroradiología; Músculo-esquelético, Radiología Digestiva, Radiología pediátrica, Imagenología Oncológica y particularmente Imagenología de Alta Complejidad.”⁵⁹

La orientación al cliente; el liderazgo; el compromiso del personal; “la gestión por procesos y sistemas de procesos; la mejora continua, las decisiones basadas en el análisis de datos e información y la relación mutuamente beneficiosa con los proveedores,”⁶⁰ serán principios rectores de la gestión. La misma “se desarrollará bajo el Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001/2000 y Las Buenas Prácticas para radiólogos de la Comunidad Europea de Radiología.”⁶¹

El posicionamiento asistencial y académico en el ámbito nacional y extranjero será desarrollado y sostenido a través, entre otras acciones, de la Secretaría Académica del Servicio de Diagnóstico por Imágenes.

⁵⁷ HOSPITAL ITALIANO. (2011). *Visión de Servicio de Diagnóstico por Imágenes*. Disponible en http://www.hospitalitaliano.org.ar/imagenes/index.php?contenido=ver_seccion.php&id_seccion=8026 Fecha de acceso: 13 de abril de 2011.

⁵⁸ HOSPITAL ITALIANO. (2011). *Visión de Servicio de Diagnóstico por Imágenes*. Disponible en http://www.hospitalitaliano.org.ar/imagenes/index.php?contenido=ver_seccion.php&id_seccion=8026 Fecha de acceso: 13 de abril de 2011.

⁵⁹ HOSPITAL ITALIANO. (2011). *Visión de Servicio de Diagnóstico por Imágenes*. Disponible en http://www.hospitalitaliano.org.ar/imagenes/index.php?contenido=ver_seccion.php&id_seccion=8026 Fecha de acceso: 13 de abril de 2011.

⁶⁰ HOSPITAL ITALIANO. (2011). *Visión de Servicio de Diagnóstico por Imágenes*. Disponible en http://www.hospitalitaliano.org.ar/imagenes/index.php?contenido=ver_seccion.php&id_seccion=8026 Fecha de acceso: 13 de abril de 2011.

⁶¹ HOSPITAL ITALIANO. (2011). *Visión de Servicio de Diagnóstico por Imágenes*. Disponible en http://www.hospitalitaliano.org.ar/imagenes/index.php?contenido=ver_seccion.php&id_seccion=8026 Fecha de acceso: 13 de abril de 2011.

1.3.1.7. Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna

La primera denominación del Hospital Penna fue Policlínico de Bahía Blanca, que abrió sus puertas en 1889; recién en 1957 se lo designó con el nombre actual de Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna.

Los servicios que presta el hospital son cardiología, clínica médica, clínica pediatria, clínica quirúrgica, cuidados intensivos cardiovasculares, gastroenterología, tocoginecología, diagnóstico por imágenes y radiología, Comité de Investigación, Comité Hospitalario de Ética en Investigación con Seres Humano, dermatología, Investigación de Biomedicina, neurología, neurología infantil, terapia intensiva, terapia intensiva infantil, unidad nefrourologia infantil, entre otros.

En este contexto en julio de 2011 la Subsecretaría de Planificación del Ministerio de Salud provincial de Buenos Aires, dictó el curso sobre Gestión de Calidad en Hospitales Provinciales, en el Hospital Penna de Bahía Blanca.

Las clases fueron dictadas por el coordinador del Programa de Calidad de la Subsecretaría, Eduardo Martínez, que disertó “sobre Planificación Estratégica, Gestión Clínica, Gestión Hospitalaria, Herramientas para la identificación, definición y resolución de problemas y Gestión por Procesos.”⁶²

Los participantes debieron presentar trabajos “sobre definición de misión, visión y valores de sus respectivos servicios, áreas o departamentos; además de seleccionar un proceso de su servicio y definir su objetivo.”⁶³

En otro taller trabajaron “sobre mapa de procesos, gestión por resultados, indicadores, tablero de gestión y terminar con un trabajo práctico final que debe

⁶² MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. (2011). *Gestión de Calidad en Hospitales Provinciales*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, área de Prensa. Disponible en <http://ar.globedia.com/dictan-curso-gestion-calidad-hospitalaria-penna-bahia-blanca>. Fecha de acceso: 11 de abril de 2011.

⁶³ MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. (2011). *Gestión de Calidad en Hospitales Provinciales*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, área de Prensa. Disponible en <http://ar.globedia.com/dictan-curso-gestion-calidad-hospitalaria-penna-bahia-blanca>. Fecha de acceso: 11 de abril de 2011.

presentarse para poder aprobar el curso.”⁶⁴

También participan de la realización de estos cursos en toda la provincia, el subsecretario de Planificación de la Salud, el Director Provincial de Planificación y el Director de Capacitación.

1.3.2. Córdoba

1.3.2.1. Introducción de la Gestión por Procesos en un Laboratorio de Investigación Neonatal

En la Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Salud Pública, Huergo Sánchez Federico, presentó la Tesis Introducción de la Gestión por Procesos en un Laboratorio de Investigación Neonatal para la obtención del grado de Maestría. En la misma expone que el laboratorio de investigación neonatal tiene la necesidad de optimizar sus resultados y satisfacer las necesidades de los pacientes, como de los profesionales que prestan los servicios, como cualquier organización.

Huergo Sánchez expresa que “para alcanzar estos objetivos, es fundamental un enfoque hacia el cliente. Este enfoque es imposible sin la gestión y mejora de los procesos. La gestión basada en los procesos”⁶⁵ permite concretar el análisis, diseño, implementación, seguimiento y control de las actividades de cada proceso, para alcanzar sus objetivos.

El objetivo de la tesis fue introducir el sistema de gestión por procesos en un laboratorio de investigación neonatal. Siendo necesario, para ello, seguir una secuencia metodológica de cuatro pasos:

Fase I - análisis estratégico de la organización;

Fase II - análisis del proceso;

⁶⁴ MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. (2011). *Gestión de Calidad en Hospitales Provinciales*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, área de Prensa. Disponible en <http://ar.globedia.com/dictan-curso-gestion-calidad-hospitalaria-penna-bahia-blanca>. Fecha de acceso: 11 de abril de 2011.

⁶⁵ HUERGO SANCHEZ, F. (2011). *Introducción de la gestión por procesos en un laboratorio de pesquisa neonatal*. Universidad de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Salud Pública, Tesis de Maestría. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=613831&indexSearch=ID> Fecha de acceso: 11 de abril de 2011.

Fase III - análisis estratégico del proceso y

Fase IV - diseño del proceso.

El análisis estratégico de la organización (Fase I) ha permitido identificar tres procesos claves: Solicitud de segunda muestras; citación de pacientes y evaluación del desempeño.

Concluye, Huergo Sánchez, que la implementación “de un sistema de gestión por procesos no significa desmontar lo establecido, sino formalizarlo y sistematizarlo, añadiendo lo necesario para mejorar. Se debe gestionar sus procesos como una unidad organizativa”⁶⁶ que permitirá mejorar la eficiencia, seguimiento y control.

1.3.3. Misiones - Hospital Dr. Ramón Madariaga

1.3.3.1. Jornada Taller en Gestión por Procesos

En mayo del 2008 se realiza la Jornada – Taller en Gestión por Procesos, cuyas acciones se concretan en el marco del proceso de transición hacia el nuevo Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga. Estas jornadas representan la continuidad de las capacitaciones realizadas por el Ministerio de Salud, durante el 2006 y 2007, en Gestión Pública y por el Hospital durante el 2007, de los encuentros – talleres y charlas – debates concretados con diferentes grupos de agentes del Hospital. La Jornada - Taller tuvo como objetivo Introducir en la Gestión por Procesos y la Planificación Estratégica al personal profesional y no profesional de las distintas áreas que componen la Comunidad del Madariaga.

Al finalizar la Jornada, se plantearon los desafíos que “presenta este momento de transición hacia el Nuevo Hospital Madariaga, donde la Gestión por Procesos y la Planificación Estratégica reemplazarán una cultura organizacional

⁶⁶ HUERGO SANCHEZ, F. (2011). *Introducción de la gestión por procesos en un laboratorio de pesquisa neonatal*. Universidad de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Salud Pública, Tesis de Maestría. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=613831&indexSearch=ID> Fecha de acceso: 11 de abril de 2011.

centrada en los servicios como compartimentos estancos.”⁶⁷ Se exhortó a que el mismo personal sea el motor del cambio, a partir de los conocimientos adquiridos, que deben ser volcados en la gestión por procesos con vistas a generar una calidad asistencial centrada en el paciente y en el cliente interno.

1.3.3.2. Seminario Taller en Gestión por Procesos

En diciembre de 2008 se realizó el cierre del Seminario Taller de Gestión por Procesos que se iniciara en el mes de junio y se extendiera hasta el mes de diciembre. Al mismo asistieron integrantes de la Comunidad Madariaga, profesionales, no profesionales de las áreas administrativa, asistencial y de mantenimiento del Hospital. El seminario tuvo como objetivos iniciales el de identificar procesos claves y luego de la primera “experiencia con el grupo de Emergencias, se agregó el de insertar en el cambio cultural a la Gestión por Procesos, además de promover la integración entre distintos sectores y áreas”⁶⁸ y proporcionar información sobre el Nuevo Hospital.

Este Seminario Taller contó con el aval y el auspicio del Departamento de Docencia e Investigación y la Comisión Nuevo Madariaga. Los talleres consistieron en el trabajo en Grupos Operativos con la temática general de la Gestión por Procesos y el análisis de las condiciones “actuales de los procesos de trabajo y los cambios y mejoras que son necesarios introducir para alcanzar la satisfacción y demanda tanto de nuestros pacientes como de los clientes internos.

Para el acto de cierre se convocaron a todos los grupos que participaron (Grupo Emergencias, Grupo C, D y E) además de contar con la presencia de autoridades del Hospital que fueron a su vez participantes del Taller de la cumbre estratégica que se inició en septiembre y continúa.

Los coordinadores expusieron todas las acciones que presentaron cada grupo de trabajo de cada encuentro - taller como vías para la implementación de

⁶⁷ HOSPITAL CENTRAL Dr. RAMÓN MADARIAGA. (2008). *Jornada – Taller de Gestión por Procesos*. Disponible en <http://comunidadmadariaga.blogspot.com.ar/2008/05/masiva-concurrencia-la-jornada-taller.html> Fecha de acceso: 11 de abril de 2011.

⁶⁸ HOSPITAL CENTRAL Dr. RAMÓN MADARIAGA. (2008). *Seminario Taller de Gestión por Procesos*. Disponible en <http://comunidadmadariaga.blogspot.com.ar/2008/12/emotivo-cierre-del-seminario-taller-de.html> Fecha de acceso: 11 de abril de 2011.

la Gestión por Procesos en cuanto cambio cultural. Se evaluaron las coincidencias en las problemáticas y las alternativas de soluciones posibles para superarlas. Para finalizar esta devolución se plantearon los desafíos que tendrá que atravesar como Comunidad Madariaga en el 2009, donde pasarán a una etapa de mayores definiciones ante la inminencia de la inauguración del Nuevo Hospital.

1.3.3.3. Jornadas Multidisciplinarias de Investigación

En las 4ª Jornadas Multidisciplinarias de Investigación del Hospital Dr. Madariaga y 1ª del Parque de la Salud Hospital, se presenta el “trabajo Normatización del Servicio de Esterilización del Hospital Escuela de Agudos bajo un Enfoque basado en Procesos”⁶⁹, realizado por Sosa, M. del Servicio de Sistemas, Áreas de Normas y Procedimientos.

El trabajo expresa los resultados de un proyecto para normatizar un servicio del Hospital, empleando el enfoque basado en procesos, donde cada actividad se concibe como un eslabón de un proceso que aportará el producto final. Como material y método se emplea el Diagrama de Procesos para identificar las etapas. Expresa Sosa que, los grupos de trabajos conformados plasmaron el procedimiento utilizando los formatos de presentación elaborados por el área de Normas y Procedimientos del Hospital. Los resultados, desarrollados en cinco meses, se presentaron en encuentros grupales, las revisiones/correcciones se concretaron virtualmente. Básicamente fueron cuatro etapas las utilizadas: definición del proceso; conformación de grupos y desarrollo escrito; revisión-corrección final y comunicación de resultados. Los resultados se plasmaron por escrito logrando enlazar todas las actividades del servicio. Los miembros del servicio fueron capaces “de determinar el alcance de su actividad a partir de un evento inicial y final, los responsables, los registros; plasmaron los controles que

⁶⁹ HOSPITAL CENTRAL Dr. RAMÓN MADARIAGA. (2011). *4ª Jornadas Multidisciplinarias de Investigación del Hospital Dr. Ramón Madariaga y 1ª del Parque de la Salud Hospital*. Disponible en <http://xa.yimg.com/kq/groups/23009980/1871407719/name/Revista> Fecha de acceso: 11 de abril de 2011, pág. 6.

deben realizar y los requerimientos de su producto”⁷⁰ para pasar a la siguiente etapa. Los participantes brindaron sugerencias de mejoras, resaltaron la importancia de determinados controles y comprendieron el impacto de cada área en el proceso global. Discusiones/conclusión: La normatización completa del proceso a través de relaciones causa - efecto contribuye a garantizar el producto final. Sin duda se presentan dificultades de trabajo, los encuentros sucesivos, la capacitación previa para la tarea, las demandas inesperadas al servicio que rompen el esquema programado, etc. Sin embargo, los beneficios son mayores cuando se logra involucrar al personal con las actividades de gestión.

⁷⁰ HOSPITAL CENTRAL Dr. RAMÓN MADARIAGA. (2011). *4ª Jornadas Multidisciplinarias de Investigación del Hospital Dr. Ramón Madariaga y 1ª del Parque de la Salud Hospital*. Disponible en <http://xa.yimg.com/kq/groups/23009980/1871407719/name/Revista> Fecha de acceso: 11 de abril de 2011, pág. 6.

CAPÍTULO II - MARCO CONCEPTUAL

Las organizaciones clásicamente se han gestionado de acuerdo a estructuras verticales, a principios de división y especialización del trabajo por departamentos o funciones diferenciadas; siendo “los organigramas los que establecen la estructura organizativa y designan dichas funciones,”⁷¹ asignando las respectivas actividades del proceso que les corresponde. Este tipo de estructura permitió definir las relaciones jerárquicas entre los distintos niveles, sin embargo, “no se ven reflejados el funcionamiento de la organización, las relaciones con los clientes, las responsabilidades, los aspectos estratégicos o clave, ni los flujos de información y comunicación interna.”⁷² Se centra en las necesidades propias de la organización y no en las del cliente, lo cual lleva a perder por el “camino una gran cantidad de recursos en actividades que no aportan valor, es decir, se camina hacia la ineficacia, incrementando considerablemente la burocracia, lo cual multiplica las tareas a realizar.”⁷³

El proceso asistencial, habitualmente, se delimita al área de responsabilidad que el profesional tiene asignado; sin embargo este proceso comienza con un ciudadano que demanda una atención y finaliza con el mismo ciudadano atendido en su demanda o necesidad, lo que requiere que esta atención deba realizarse a través de una serie de flujos de trabajo de calidad que permitan obtener el mejor resultado posible.

Desde hace unos años “se viene insistiendo en la necesidad de utilizar herramientas en la gestión de los servicios sanitarios que pongan en evidencia el

⁷¹ ALTA COMPLEJIDAD EN RED HOSPITAL EL CRUCE. (2013). *El Modelo de Gestión por Procesos*. Buenos Aires, Florencio Varela, Alta Complejidad en Red Hospital El Cruce. Disponible en: <http://calidad.blogs.hospitalelcruce.org/f-herramientas-para-gestionar-la-calidad/gestion-por-procesos/> Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

⁷² ALTA COMPLEJIDAD EN RED HOSPITAL EL CRUCE. (2013). *El Modelo de Gestión por Procesos*. Buenos Aires, Florencio Varela, Alta Complejidad en Red Hospital El Cruce. Disponible en: <http://calidad.blogs.hospitalelcruce.org/f-herramientas-para-gestionar-la-calidad/gestion-por-procesos/> Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

⁷³ ARP CALIDAD. (2013). *Los Beneficios de la Gestión por Procesos*. Disponible en <http://arpcalidad.com/los-beneficios-de-la-gestin-por-procesos/> Fecha de acceso: 25 de julio de 2013

papel protagónico de los profesionales”⁷⁴ y que les facilite “una mayor autonomía y capacidad de toma de decisiones.”⁷⁵ El propósito es permitir un alineamiento con los objetivos del sistema sanitario, “que busquen unos servicios con un alto grado de efectividad, que respondan a necesidades y expectativas de los ciudadanos y que puedan ser sostenibles en el mediano y largo plazo.”⁷⁶

La gestión por procesos, determina una nueva visión de la organización, se orienta hacia una concepción horizontal, desplazando el “centro de interés desde las estructuras hacia los procesos, como metodología para mejorar el rendimiento, concentrándose en el diseño disciplinado y en la cuidadosa ejecución de todos los procesos de una organización.”⁷⁷ Orientada a las necesidades y expectativas de los clientes, a la solución del problema de acuerdo a una visión más horizontal de la organización analizando los flujos de trabajo que forman parte de los diferentes procesos, intentando añadir valor a esa cadena de acciones con el propósito de obtener un mejor resultado. Percibe la organización como un sistema interrelacionado de procesos que contribuyen conjuntamente a incrementar la satisfacción del cliente. Es decir, la gestión por procesos “surge como un enfoque que centra la atención sobre las actividades de la organización,

⁷⁴ REYES ALCÁZAR, V. (2012). *The importance of recognizing the needs and expectations of users*. Medwave, Enero 12, N° 1: e5282. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Editorial/5282>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

⁷⁵ REYES ALCÁZAR, V. (2012). *The importance of recognizing the needs and expectations of users*. Medwave, Enero 12, N° 1: e5282. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Editorial/5282>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

⁷⁶ REYES ALCÁZAR, V. (2012). *The importance of recognizing the needs and expectations of users*. Medwave, Enero 12, N° 1: e5282. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Editorial/5282>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

⁷⁷ MALLAR, M. (2010). *La Gestión por Procesos: Un Enfoque de Gestión Eficiente*. Revista Visión de Futuro, Enero - Junio 2010, Año 7, N°1, Volumen N°13, pág. 1. Disponible en: http://revistacientifica.fce.unam.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=207:la-gestion-por-procesos-un-enfoque-de-gestion-eficiente&catid=83:articulos&Itemid=52 Fecha de acceso: 25 de julio de 2013...

para optimizarlas.”⁷⁸ Es una forma sistémica de “identificar, comprender y aumentar el valor agregado de los procesos de la institución para cumplir con la estrategia de la organización y elevar el nivel de satisfacción de los clientes.”⁷⁹ Con base en la visión sistémica⁸⁰,

- Apoya el aumento de la productividad y el control de gestión para mejorar en aspectos relacionados al tiempo, calidad y costo.
- Ayuda a identificar, medir, describir y relacionar los procesos.
- Considera vital la administración del cambio, el enfoque integrador entre estrategia, personas, procesos, estructura y tecnología.

2.1. Marco Conceptual del Proceso

El término proceso nos remite a la idea del conjunto de acciones o actividades sistematizadas que se realizan con un fin. Cuando una organización en su actividad utiliza recursos para obtener un bien o servicio dirigido al cliente, se considera un proceso. Comprende a las acciones que en forma secuencial permiten conseguir un resultado que satisfaga al cliente; aportan productos y servicios a sus clientes satisfaciendo sus expectativas y alcanzando los resultados previstos.

Diversos autores, especializados en el tema, han expresado un concepto de proceso que se resume en la Tabla 1.

⁷⁸ MALLAR, M. (2010). *La Gestión por Procesos: Un Enfoque de Gestión Eficiente*. Revista Visión de Futuro, Enero - Junio 2010, Año 7, N°1, Volumen N°13, pág. 1. Disponible en: http://revistacientifica.fce.unam.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=207:la-gestion-por-procesos-un-enfoque-de-gestion-eficiente&catid=83:articulos&Itemid=52 Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

⁷⁹ BRAVO CARRASCO, J. (2009). *Gestión de Procesos*. Editorial Evolución SA, Santiago, Chile, pág. 22.

⁸⁰ BRAVO CARRASCO, J. (2009). *Gestión de Procesos*. Editorial Evolución SA, Santiago, Chile, pág. 23.

Tabla 1. Resumen del Concepto Proceso

Autor	Definición
Harrington (1993)	Cualquier actividad o grupo de actividades que emplee un insumo, le agregue valor y suministre un producto a un cliente externo o interno. Los procesos utilizan los recursos de una organización para suministrar resultados definitivos.
Lorino (1995)	Es un conjunto de actividades destinadas a la consecución de un objetivo global, tanto material como inmaterial.
ISO 9000: 2000	Un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados
ISO 9000: 2001	Cualquier actividad, o conjunto de actividades, que utiliza recursos para transformar elementos de entrada en resultados.
Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria (2002)	Es el conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracterizan por requerir ciertos insumos (inputs: productos o servicios obtenidos de otros proveedores) y tareas particulares que implican valor añadido, con miras a obtener ciertos resultados. Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforma elementos de entrada en resultados.
Mora Martínez (2002)	Un conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido.
Modelo EFQM de Excelencia (2004)	Conjunto de actividades que transforman una serie de entradas (inputs) en productos o efectos (outputs), añadiendo valor.
Nogueira et al (2004)	Es una secuencia ordenada y lógica de actividades repetitivas que se realizan en la organización por una persona, grupo o departamento, (incluso con la participación de varios grupos o departamentos), con la capacidad de transformar unas entradas (<i>inputs</i>) en salidas o resultados

	programados (<i>outputs</i>) para un destinatario (clientes externos o internos que lo solicitan) con un valor agregado.
Sáez y Gómez (2006)	Secuencia de actuaciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada. Sucesión de actividades en el tiempo con un fin definido.
Bravo Carrasco (2009)	Es una totalidad que cumple un objetivo completo y que agrega valor para el cliente.
Universidad Politécnica de Valencia (2011)	Conjunto de tareas que conforman una serie de actividades, interrelacionadas entre sí, que transforman una entrada en una salida con valor añadido para el usuario.

Fuente: Elaboración propia

Un proceso se puede definir como una serie de actividades, de acciones interrelacionadas, orientadas a obtener un resultado predeterminado, como consecuencia del valor agregado que aporta cada una de las fases que se llevan a cabo en las diferentes etapas. Es un conjunto de actividades relacionadas, que van aportando valor, mientras se está prestando un servicio.

Comprende una serie de actividades realizadas por diferentes “departamentos o servicios de la Institución Sanitaria, que añade valor y que ofrecen un servicio a su cliente. Este cliente podrá ser un cliente interno (otro servicio) o externo (paciente/acompañante).”⁸¹

En estas instituciones, que prestan servicios sanitarios, “se pueden entender el proceso como el tránsito del paciente a través del sistema sanitario, en su deseo de conseguir atención y respuesta a sus necesidades y problemas de salud.”⁸²

⁸¹ SESCOAM. (2002). *La Gestión por Procesos*. Sescam, Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria, Toledo, España, página 5. Disponible en http://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/2265/mod_resource/content/1/Modulo_1/Gestionde procesos.pdf. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

⁸² GIL RAMOS et al. (2006). *Centros Hospitalarios de Alta Resolución de Andalucía*. Editorial MAD SL España, pág. 15.

Las características inherentes a los procesos son dos⁸³:

- Repetitividad. Conlleva a la realización de las actividades del proceso de manera similar en muchas ocasiones y que aporta acumulación de experiencia a los agentes involucrados. Los procesos se crean para producir “un resultado y repetir dicho resultado. Esta característica de repetitividad permite trabajar sobre el proceso y mejorarlo: a más repeticiones más experiencia; merece la pena invertir en mejorar el proceso,”⁸⁴ ya que los resultados se van a multiplicar por el número de veces que se repite el mismo.
- Variabilidad. Supone que como “consecuencia de la concurrencia en cada actividad de diferentes personas o de la misma persona en circunstancias distintas, la percepción de satisfacción del cliente o grupo de interés puede variar.”⁸⁵ Cada vez que “se repite el proceso se producen ligeras variaciones en la secuencia de actividades realizadas que generan variabilidad en los resultados del mismo, expresado a través de mediciones concretas.”⁸⁶ La variabilidad repercute en el destinatario del proceso, quien puede quedar más o menos satisfecho con lo que recibe del proceso.

La gestión por procesos busca reducir la variabilidad innecesaria “que aparece habitualmente cuando se producen o prestan determinados servicios y trata de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones o actividades, al consumo inapropiado de recursos.”⁸⁷

⁸³ OSAKIDETZA. (2007). *Gestión por Procesos en el ámbito de la gestión de Personas en Osakidetza*. Editorial Osakidetza, Gobierno Vasco, Administración de la Comunidad Autónoma Vasca, España. Disponible en http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkrhh01/es/contenidos/informacion/organizacion_gestion_osk/es_og/adjuntos/politica/gestionProcesos.pdf. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

⁸⁴ NOGUEIRA RIVERA, et al. (2004). *Fundamentos del Control de la Gestión Empresarial*. Editorial Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana.

⁸⁵ OSAKIDETZA. (2007). *Gestión por Procesos en el ámbito de la gestión de Personas en Osakidetza*. Editorial Osakidetza, Gobierno Vasco, Administración de la Comunidad Autónoma Vasca, España, pág. 8. Disponible en http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkrhh01/es/contenidos/informacion/organizacion_gestion_osk/es_og/adjuntos/politica/gestionProcesos.pdf. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

⁸⁶ NOGUEIRA RIVERA, et al. (2004). *Fundamentos del Control de la Gestión Empresarial*. Editorial Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana.

⁸⁷ NOGUEIRA RIVERA, et al. (2004). *Fundamentos del Control de la Gestión Empresarial*. Editorial Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana.

En el contexto de las organizaciones sanitarias, el trabajo por procesos “tiene capacidad para transformar mediante los procedimientos productivos (el servicio enfermero) unas entradas (inputs) en salidas (outputs) que generan impactos (outcomes) en el cliente.”⁸⁸ Todos los procesos en el terreno sanitario tienen un valor añadido, que consiste en el diseño de normas de actuación que contenga sólo las actividades necesarias y que posea evidencia y que el desempeño de dichas actividades se realice coordinada e integradamente, para que sean efectivas. El resultado de los productos obtenidos procurará la satisfacción del cliente en términos de salud o de facilitador del desempeño.

Esta gestión plantea “una visión de cambio hacia una organización global de alto rendimiento, más horizontal en el ámbito del trabajo, que gestione el conocimiento y con más vocación de servicios.”⁸⁹ Promueve a la organización hacia “una cultura de servicios multidimensionales, persiguiendo el propósito de que todos sus miembros (gestores y clínicos) deben tener perfectamente identificados a sus clientes (internos y externos).”⁹⁰ Aquí el papel del cliente se caracteriza por solicitar servicios, expresar necesidades y preguntar posibilidades para satisfacer sus expectativas. El proveedor es el profesional que brinda los servicios, pregunta e identifica necesidades y expresa posibilidades para satisfacer esa necesidad de cliente.

2.2. Gestión Estratégica por Procesos

Los procesos son la parte del sistema organizacional capaz de abordar con éxito las exigencias del mundo de hoy. Por tanto, la problemática se centra en que

⁸⁸ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 113.

⁸⁹ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 114.

⁹⁰ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 114.

“los procesos sean cada vez más eficientes y eficaces, a la vez que respondan a las estrategias trazadas y a los conceptos esbozados en la misión y visión.”⁹¹

La mayoría de las organizaciones que han tomado conciencia de esta posibilidad, “han reaccionado potenciando el concepto de proceso y una visión de objetivo en el cliente.”⁹² De este modo, los “procesos han llegado a ser considerados como la base operativa de gran parte de las organizaciones y gradualmente se convierten en la base estructural de un número creciente de instituciones;”⁹³ la Tabla 2 resume conceptos de distintos autores.

La gestión por procesos implica dirigir la atención al resultado de los procesos, le interesa la información sobre el resultado final, que incluye el accionar de cada integrante de la organización que sabe cómo contribuyó con el trabajo individual al proceso global.

Se caracteriza por ser una herramienta de gestión integral de todas las actividades que desarrolla una institución que se centra en la organización del trabajo para aumentar la eficiencia y la satisfacción del cliente.

Las organizaciones más avanzadas presentarán una forma diferente a la actual de gestionar, trabajando con equipos especializados, apoyados por líderes naturales y expertos. En esta nueva organización “la reestructuración no estará relacionada con un suceso fortuito, que se produce por una sucesión en la cadena de mando o a la necesidad de corregir alguna competencia interesada,”⁹⁴ sino que será constante, con equipos que desaparezcan y que se creen para dar

⁹¹ MEDINA LEÓN et al. (2010). *Relevancia de la Gestión por Procesos en la Planificación Estratégica y la Mejora Continua*. Revista Eídos, Febrero 2010, Número 2, Ecuador, pág. 68. Disponible en www.ute.edu.ec/posgrados/EIDOS2.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

⁹² MEDINA LEÓN et al. (2010). *Relevancia de la Gestión por Procesos en la Planificación Estratégica y la Mejora Continua*. Revista Eídos, Febrero 2010, Número 2, Ecuador, pág. 68. Disponible en www.ute.edu.ec/posgrados/EIDOS2.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

⁹³ MEDINA LEÓN et al. (2010). *Relevancia de la Gestión por Procesos en la Planificación Estratégica y la Mejora Continua*. Revista Eídos, Febrero 2010, Número 2, Ecuador, pág. 68. Disponible en www.ute.edu.ec/posgrados/EIDOS2.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

⁹⁴ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 102.

⁹⁴ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 102.

Tabla 2. Concepto de Gestión por Procesos

Autor	Definición
Amozarrain (1999)	Gestiona toda la organización basándose en los Procesos. Entiende estos como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una ENTRADA para conseguir un resultado y una SALIDA que a su vez satisfaga los requerimientos del Cliente.
Junginger (2000)	Es la forma de reaccionar con más flexibilidad y rapidez a cambios en las condiciones económicas.
Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria (2002)	Es una forma de organización diferente de la clásica organización funcional y en el que prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización. Los procesos así definidos son gestionados de modo estructurado y sobre su mejora se basa la de la propia organización
Junta de Castilla y León (2004)	Un modelo de gestión que entiende a la organización como un conjunto de procesos globales orientados a la consecución de la calidad total y a la satisfacción del cliente”, frente a la concepción clásica de la organización como una serie de departamentos con funciones específicas.
Sáez y Gómez (2006)	Implica reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten un valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y facilitar las tareas de los profesionales.
Pepper Bergholz (2011)	Una forma de enfocar el trabajo, donde se persigue el mejoramiento continuo de las actividades de una organización mediante la identificación, selección, descripción, documentación y mejora continua de los procesos. Toda actividad o secuencia de actividades que se llevan a cabo en las diferentes unidades constituye un proceso y como tal, hay que gestionarlo.

Fuente: Elaboración propia

respuesta a los nuevos retos que se planteen, sin esperar que incurran sucesos trascendentales para producir un cambio.

Las organizaciones que han tomado conciencia, de que serán tan eficiente como los son sus procesos, han reaccionado ante la falta de eficiencia que representa la clásica gestión estructural o jerarquizada en las organizaciones departamentales. Una organización eficiente cambia hacia los procesos, donde se centran los esfuerzos y se trabaja con una visión de objetivos hacia el cliente.

En la organización sanitaria, un proceso asistencial es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria que tiene por finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios. Y la gestión por procesos implica “reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales.”⁹⁵

El hecho de implantarla, replantea el objetivo de la organización. Es importante desarrollar “las actividades (procesos) teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los clientes.”⁹⁶ Es decir “permite acortar las actividades, realizar una sinergia y coherencia en la organización y finalmente dotarla de capacidad, de innovación y respuesta adecuada al cambio (flexibilidad).”⁹⁷

⁹⁵ JUNTA DE ANDALUCIA. (2002). *Gestión por Procesos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Consejería de Salud, Secretaría General de Calidad, Consejería Técnica, España. Febrero 2002, pág. 8. Disponible en http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

⁹⁶ JORDI, D. (2008). *Gestión en Atención Primaria. Gestión por procesos*. Medical Economics, Edición Española de Spanish Publishers Associates, Volumen 5, Nº 8, Abril 2008, pág. 12. Disponible en http://www.medeco.es/pdfs/comps/pdf_89.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

⁹⁷ JORDI, D. (2008). *Gestión en Atención Primaria. Gestión por procesos*. Medical Economics, Edición Española de Spanish Publishers Associates, Volumen 5, Nº 8, Abril 2008, pág. 12. Disponible en http://www.medeco.es/pdfs/comps/pdf_89.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

Procura asegurar “el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial en sí mismo.”⁹⁸

Entonces, el proceso va a ser el núcleo principal por donde van a confluir los conocimientos de las diferentes partes funcionales de la organización, integrando los diferentes intereses en una meta común y cuya referencia será cumplir las expectativas de los clientes a los que se dirige dichos procesos.

2.3. Principios

Los procesos existen en cualquier organización “aunque nunca se hayan identificado ni definido: los procesos constituyen lo que hacemos y cómo lo hacemos; prácticamente cualquier actividad o tarea puede ser encuadrada en algún proceso.”⁹⁹ Ya que no existen procesos, ni clientes sin un producto y/o servicio y no existe producto y/o servicio sin un proceso.

Los principios¹⁰⁰ que la orientan se sustentan en los siguientes conceptos:

- La misión de una organización es crear valor para sus clientes; la existencia de cada puesto de trabajo debe ser una consecuencia de ello.
- Los procesos siempre han de estar orientados a la satisfacción de los clientes.
- El valor agregado es creado por los empleados a través de su participación en los procesos; los empleados son el mayor activo de una organización.

⁹⁸ JUNTA DE ANDALUCIA. (2002). *Gestión por Procesos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Consejería de Salud, Secretaría General de Calidad, Consejería Técnica, España. Febrero 2002, pág. 4. Disponible en http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

⁹⁹ JARAMILLO PAREDES, R. (2008). *Propuesta de Gestión por Procesos en los Servicios de Pediatría y Ginecología que ofrece el Centro de Salud Pública El Carmen de la Ciudad de Quito*. Facultad de Ciencias Administrativas, Escuela Politécnica Nacional, Carrera Ingeniería Empresarial, Tesis Ingeniería Empresarial, Ecuador, pág. 16. Disponible en <http://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/15000/605/1/CD-1567%282008-06-30-03-14-00%29.pdf>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

¹⁰⁰ PEPPER BERGHOLZ, S. (2011). *Definition of process management*. Medwave, Mayo 2011, N° 05:e5032. Disponible en <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES03-A/5032>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

-
- La mejora del proceso determinará el mayor valor suministrado o entregado por el mismo.
 - La eficiencia de una empresa será igual a la eficiencia de sus procesos.

2.4. Elementos

En todo proceso encontramos elementos comunes¹⁰¹:

- Una entrada (input) con unas características determinadas y establecidas de antemano. Son entidades que se transforman por el proceso de crear el output. Se generan fuera del proceso y sirven como entrada para desencadenar el proceso o ser requeridos en algunas de las etapas intermedias para poder realizar alguna actividad.
- Unos recursos o factores de proceso, que son los medios necesarios, materiales y humanos, para ejecutar correctamente el proceso. Son los factores contributivos que son necesarios para llevar a cabo la transformación.
- Un sistema de control, que permita comprobar que todo se está desarrollando tal y cómo se diseñó, mediante el establecimiento de medidas e indicadores de funcionamiento y resultado. Definen, regulan e influyen en el proceso, aunque éste no los transforman.
- Una salida (output), que se trata del producto destinado al cliente, interno o externo. Es el resultado de la transformación del input. Los outputs es lo que reciben los clientes del proceso. Para que sea adecuado, es necesario que cumpla con la calidad exigida por el estándar del proceso.

De manera que se puede definir a un proceso como “el mecanismo para transformar entradas en salidas, es decir, forma de utilizar los recursos.”¹⁰²

¹⁰¹ MUÑOZ RAMÓN et al. (2008). *La Gestión por Procesos en el Tratamiento del Dolor*. Revista. Sociedad Española del Dolor, Mayo 2008, Volumen 15, Número 4, 241-247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000400006&Ing=es. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹⁰² MUÑOZ RAMÓN et al. (2008). *La Gestión por Procesos en el Tratamiento del Dolor*. Revista. Sociedad Española del Dolor, Mayo 2008, Volumen 15, Número 4, 241-247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000400006&Ing=es. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

En el caso concreto de las organizaciones que prestan servicios, donde el producto se consume en el momento en el que se produce, “se actúa sobre el propio cliente al que se considera como “sustrato” (entrada) a transformar en producto con valor añadido al término del proceso de prestación de un servicio (salida).”¹⁰³ Por ello, el producto obtenido en el sector servicios “se fundamenta en el mismo cliente, al que se ha aportado el valor añadido con una prestación de servicio determinada.”¹⁰⁴

2.5. Mapa de Procesos

Conocer la estrategia que tiene la organización para alcanzar la misión, permite poder identificar con claridad cuáles son los procesos claves, que justifican la razón de ser de un centro de salud, por ejemplo y los procesos de soporte que facilita el funcionamiento.

Con esta interiorización en el conocimiento de la organización es posible establecer el mapa de procesos, en el que estarán reflejados todos los procesos del Centro de Salud.

El mapa de procesos, también denominado diagrama de flujo, impulsa a la organización a poseer una visión más allá de sus “límites geográficos y funcionales, mostrando cómo sus actividades están relacionadas con los clientes externos, proveedores y grupos de interés, dando la oportunidad de mejorar la coordinación entre los elementos claves.”¹⁰⁵ Es una herramienta sistémica que permite ver la organización como un todo, examinar todos sus procesos, su desempeño y forma de interacción.

¹⁰³ LORENZO MARTÍNEZ et al. (2002) *La Gestión por Procesos en Instituciones Sanitarias*. Gobierno de España, Ministerio de Economía y Competitividad, Instituto de Salud Carlos III, Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica, Módulo 8: Gestión Clínica 1: Gobierno Clínico, pág. 177. Disponible en http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹⁰⁴ LORENZO MARTÍNEZ et al. (2002) *La Gestión por Procesos en Instituciones Sanitarias*. Gobierno de España, Ministerio de Economía y Competitividad, Instituto de Salud Carlos III, Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica, Módulo 8: Gestión Clínica 1: Gobierno Clínico, pág. 175. Disponible en http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹⁰⁵ NOGUEIRA RIVERA, et al. (2004). *Fundamentos del Control de la Gestión Empresarial*. Editorial Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana.

“Es una representación esquematizada de los grandes procesos que conforman una organización.”¹⁰⁶ Una representación gráfica “de la estructura de procesos que conforman el sistema de gestión.”¹⁰⁷ Es “un zoom que nos permite observar los procesos que tienen lugar en ella;”¹⁰⁸ en el que estarán reflejados todos los procesos de una unidad o centro de salud.

Este mapa nos permitirá denominar e identificar cada uno de los procesos y sus respectivos responsables.

El responsable o propietario de un proceso es la persona con capacidad de liderazgo, conocimiento extenso del proceso y con capacidad “autónoma de toma de decisiones, que asegura el buen desarrollo y la mejora continua del mismo, coordinando los distintos estamentos, procurando su mejora y facilitando la participación de los profesionales.”¹⁰⁹ Puede ser una “persona o equipo de personas, que tiene la responsabilidad de cumplir los objetivos y que dispone de la información necesaria para realizar el proceso (guías) y de los recursos suficientes.”¹¹⁰

¹⁰⁶ JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. (2004). *Trabajando con los Procesos: Guía para la Gestión por Procesos*. Editorial Junta de Castilla y León, Consejería de Presidencia y Administración Territorial, Dirección General de Atención al Ciudadano y Modernización Administrativa, pág. 20. Disponible en http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/432/626/Gestion%20por%20Procesos.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobheadername2=JCYL_Presidencia&blobheadervalue1=attachment%3Bfilename. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹⁰⁷ BELTRÁN SANZ et al. (2009). *Guía para una gestión basada en procesos*. Instituto Andaluz de Tecnología, Centro Andaluz para la Excelencia en la Gestión, pág. 32. Disponible en <http://excelencia.iat.es/files/2012/08/2009.Gesti%C3%B3n-basada-procesos-completa.pdf>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹⁰⁸ LORENZO MARTÍNEZ et al. (2002) *La Gestión por Procesos en Instituciones Sanitarias*. Gobierno de España, Ministerio de Economía y Competitividad, Instituto de Salud Carlos III, Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica, Módulo 8: Gestión Clínica 1: Gobierno Clínico, pág. 175. Disponible en http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹⁰⁹ LORENZO MARTÍNEZ et al. (2002) *La Gestión por Procesos en Instituciones Sanitarias*. Gobierno de España, Ministerio de Economía y Competitividad, Instituto de Salud Carlos III, Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica, Módulo 8: Gestión Clínica 1: Gobierno Clínico, pág. 175. Disponible en http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹¹⁰ LORENZO MARTÍNEZ et al. (2002) *La Gestión por Procesos en Instituciones Sanitarias*. Gobierno de España, Ministerio de Economía y Competitividad, Instituto de Salud Carlos III, Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica, Módulo 8: Gestión Clínica 1: Gobierno Clínico, pág. 175. Disponible en http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

En este sentido el propietario del proceso es quien se ocupa del mismo y tiene la responsabilidad de ponerlo en práctica, supervisarlo, evaluarlo e implementar las mejoras cuando lo considere necesario.

Por lo que el Responsable de un proceso, en el ámbito sanitario, debe cumplir determinados requisitos¹¹¹ básicos que le ayudarán en su misión:

- Saber: conocer con profundidad el proceso que va a liderar; disponer de conocimientos en metodología de calidad, gestión de procesos, gestión en las organizaciones sanitarias.
- Poder: capacidad para la toma de decisiones y para facultar al personal (empowerment) en la toma de decisiones sobre la gestión y mejora del proceso, en función del grado de responsabilidad delegada a cada uno. En este sentido, es importante la capacidad de liderazgo del Responsable.
- Querer: asumir voluntariamente la responsabilidad de la gestión del proceso.

Las funciones del Responsable del proceso¹¹² se resumen en:

- Asegurar que el proceso se desarrolla como está diseñado.
- Buscar la participación y el compromiso de todas las personas que intervienen en el desarrollo del mismo.
- Garantizar el control y la mejora continua del proceso.
- Asegurar que el producto final satisface las necesidades del destinatario.
- Adaptarlo a las necesidades cambiantes de los usuarios, tecnología, etc.

Definido el mapa de procesos y comprobado su idoneidad “se despliega en cascada, describiendo objetivos, actividades de cada uno de los procesos y de sus subprocesos; estableciéndose las relaciones entre procesos y

¹¹¹ JUNTA DE ANDALUCIA. (2002). *Gestión por Procesos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Consejería de Salud, Secretaría General de Calidad, Consejería Técnica, España. Febrero 2002, pág. 15. Disponible en http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹¹² JUNTA DE ANDALUCIA. (2002). *Gestión por Procesos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Consejería de Salud, Secretaría General de Calidad, Consejería Técnica, España. Febrero 2002, pág. 16. Disponible en http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

subprocesos,¹¹³ lo que, podrá ir acompañado de la definición de las instrucciones de trabajo para las personas que intervienen en ellos.

La arquitectura de procesos permite describir el conjunto de actividades y sus relaciones desde un nivel general hasta un nivel de mayor detalle especificando instrucciones de trabajo que deben realizarse.

La metodología Integration Definition for Function Modeling o Modelo Integrado de Funcionamiento Definido (IDEF) “aporta una capacidad de representación gráfica de los procesos. Fue publicado en 1993 por el National Institut of Standars and Technology¹¹⁴ de EEUU.”¹¹⁵ Permite representar “de manera estructurada las actividades que conforman un sistema u organización y los objetos o datos que soportan la interacción de esas actividades.”¹¹⁶ Se utiliza para definir y representar gráficamente “los procesos de una organización, proporcionando una visión de conjunto y cómo cada proceso se integra con el resto de los mismos, permitiendo también analizar separadamente cada uno de ellos.”¹¹⁷

¹¹³ LORENZO MARTÍNEZ et al. (2002) *La Gestión por Procesos en Instituciones Sanitarias*. Gobierno de España, Ministerio de Economía y Competitividad, Instituto de Salud Carlos III, Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica, Módulo 8: Gestión Clínica 1: Gobierno Clínico, pág. 175. Disponible en http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹¹⁴ Tiene sus orígenes en el método de modelado SADT (Estructured Analysis and Design Technique) desarrollado por Ross utilizado en 1973 por la US Air Force.

¹¹⁵ SESCOAM. (2002). *La Gestión por Procesos*. Sescam, Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria, Toledo, España, página 15. Disponible en http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2265/mod_resource/content/1/Modulo_1/Gestionde procesos.pdf. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

¹¹⁶ JARAMILLO PAREDES, R. (2008). *Propuesta de Gestión por Procesos en los Servicios de Pediatría y Ginecología que ofrece el Centro de Salud Pública El Carmen de la Ciudad de Quito*. Facultad de Ciencias Administrativas, Escuela Politécnica Nacional, Carrera Ingeniería Empresarial, Tesis Ingeniería Empresarial, Ecuador, pág. 24. Disponible en <http://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/15000/605/1/CD-1567%282008-06-30-03-14-00%29.pdf>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

¹¹⁷ LLERAS MUÑOZ, S. (2002). *Gestión por procesos: su utilidad en Atención Primaria*. Elsevier, SEMERGEN - Medicina de familia, España, Junio 2002, Volumen 28, Nº 06. Disponible en <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/articulo/gestion-por-procesos-su-utilidad-13034335>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

Es decir, permite:

- “Definir y dibujar cómo un proceso se relaciona y está integrado con el resto de procesos de la organización.”¹¹⁸
- Representar gráficamente “cada proceso por separado, en forma de caja que recibe tres tipos de entradas y que, tras aportar valor añadido, emite una salida.”¹¹⁹

Distingue diversos niveles en la arquitectura de los procesos, siendo los más utilizados: proceso, subproceso, actividades y tareas.

La secuencia ordenada de actividades da como resultado un proceso, siendo la actividad la suma de tareas y las tareas el trabajo que se realiza en un tiempo determinado.

Los procesos se representan mediante una caja con los requerimientos “de proveedor a la izquierda, el servicio facilitado al cliente por la derecha, las limitaciones, normas o estrategias en la parte superior y los recursos necesarios en la parte inferior.”¹²⁰ Es decir, en el proceso las entradas son por la izquierda ingresan las solicitudes del servicio; por la parte inferior, los recursos consumidos, (información, materia prima, servicios externos, etc.) y por la parte superior, los factores “que condicionan la forma en que se presta el servicio (guías) y que incluyen protocolo, necesidades del usuario, presupuestos y la salida del proceso

¹¹⁸ JUNTA DE ANDALUCIA. (2002). *Gestión por Procesos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Consejería de Salud, Secretaría General de Calidad, Consejería Técnica, España. Febrero 2002, pág. 8. Disponible en http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹¹⁹ JUNTA DE ANDALUCIA. (2002). *Gestión por Procesos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Consejería de Salud, Secretaría General de Calidad, Consejería Técnica, España. Febrero 2002, pág. 8. Disponible en http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹²⁰ LORENZO MARTÍNEZ et al. (2002) *La Gestión por Procesos en Instituciones Sanitarias*. Gobierno de España, Ministerio de Economía y Competitividad, Instituto de Salud Carlos III, Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica, Módulo 8: Gestión Clínica 1: Gobierno Clínico, pág. 180. Disponible en http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

es el servicio facilitado al usuario.”¹²¹

Este sistema de representación gráfica permite “la representación de modelos complejos, asegura una gran integración de los mismos y permite detectar circuitos que no aportan valor añadido.”¹²²

Un proceso se visualiza normalmente en forma de diagrama o esquema, “que describe en forma gráfica las actividades, qué cosas se realizan para llevar a cabo un trabajo.”¹²³ Estos esquemas pueden aplicarse a cualquier secuencia de actividades que se repita y que pueda medirse, respetando para que sea útil cierta sencillez y flexibilidad.

2.6. Identificación de Procesos

No todos los procesos que se concretan en una organización tienen las mismas características, de modo que se pueden clasificar en función del impacto sobre el usuario final¹²⁴:

- Procesos estratégicos: Son necesarios para el progreso de la organización ya que están destinados a definir y controlar las metas de la organización, sus políticas y estrategias. “Están vinculados al ámbito de las responsabilidades de la dirección.”¹²⁵ Guían a la organización para

¹²¹ JUNTA DE ANDALUCÍA. (2002). *Gestión por Procesos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Consejería de Salud, Secretaría General de Calidad, Consejería Técnica, España. Febrero 2002, pág. 8. Disponible en http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹²² LORENZO MARTÍNEZ et al. (2002) *La Gestión por Procesos en Instituciones Sanitarias*. Gobierno de España, Ministerio de Economía y Competitividad, Instituto de Salud Carlos III, Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica, Módulo 8: Gestión Clínica 1: Gobierno Clínico, pág. 180. Disponible en http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹²³ LORENZO MARTÍNEZ et al. (2002) *La Gestión por Procesos en Instituciones Sanitarias*. Gobierno de España, Ministerio de Economía y Competitividad, Instituto de Salud Carlos III, Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica, Módulo 8: Gestión Clínica 1: Gobierno Clínico, pág. 181. Disponible en http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹²⁴ GIL RAMOS et al. (2006). *Centros Hospitalarios de Alta Resolución de Andalucía*. Editorial MAD SL España, pág. 17.

¹²⁵ BELTRÁN SANZ et al. (2009). *Guía para una gestión basada en procesos*. Instituto Andaluz de Tecnología, Centro Andaluz para la Excelencia en la Gestión, pág. 33. Disponible en <http://excelencia.iat.es/files/2012/08/2009.Gesti%C3%B3n-basada-procesos-completa.pdf>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

incrementar la calidad en los servicios que presta a sus clientes, porque adecúan la organización a las necesidades y expectativas de los usuarios. Son los procesos responsables de analizar las necesidades, para a partir del análisis y el conocimiento de los recursos, elaborar las guías adecuadas para los procesos de la organización de manera de satisfacerlas. Están orientados a las actividades estratégicas o de gestión necesarios para el progreso de la organización: desarrollo profesional, encuestas de satisfacción, planes de calidad, de investigación. En las Instituciones Sanitarias son “aquellos que permiten desarrollar e implantar la estrategia de la Institución.”¹²⁶ Se denominan también procesos de control.

- Procesos operativos: Son los que “permiten el desarrollo de la planificación y estrategia de la organización y que añaden valor para el ciudadano o inciden directamente en su satisfacción.”¹²⁷ Están en contacto directo con el usuario, porque son “aquellos procesos ligados directamente con la realización del producto y/o prestación del servicio.”¹²⁸ Engloban todas las actividades que generan mayor valor añadido y tienen mayor impacto sobre la satisfacción del usuario. Están orientados a generar un valor añadido sobre una entrada, para conseguir un resultado que satisfaga los objetivos de la organización y los requerimientos del usuario. En las Instituciones Sanitarias son “aquellos que afectan de modo directo la prestación del servicio asistencial y por lo tanto a la satisfacción del cliente externo

¹²⁶ SESCOAM. (2002). *La Gestión por Procesos*. Sescam, Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria, Toledo, España, página 7. Disponible en http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2265/mod_resource/content/1/Modulo_1/Gestionde procesos.pdf. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

¹²⁷ JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. (2004). *Trabajando con los Procesos: Guía para la Gestión por Procesos*. Editorial Junta de Castilla y León, Consejería de Presidencia y Administración Territorial, Dirección General de Atención al Ciudadano y Modernización Administrativa, pág. 20. Disponible en http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/432/626/Gestion%20por%20Procesos.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobheadername2=JCYL_Presidencia&blobheadervalue1=attachment%3Bfilename. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹²⁸ BELTRÁN SANZ et al. (2009). *Guía para una gestión basada en procesos*. Instituto Andaluz de Tecnología, Centro Andaluz para la Excelencia en la Gestión, pág. 33. Disponible en <http://excelencia.iat.es/files/2012/08/2009.Gesti%C3%B3n-basada-procesos-completa.pdf>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

(paciente).¹²⁹ Se denominan también procesos clave o de realización.

- Procesos de soporte: Son los servicios internos necesarios que permiten realizar los procesos de la organización, también llamado procesos secundarios, dan apoyo a los procesos operativos. Es decir, no están directamente ligados a las acciones de desarrollo de las políticas, pero cuyo rendimiento influye directamente en el nivel de los procesos operativos. Son los responsables de proveer a la organización de todos los recursos necesarios, en cuanto a personas, maquinaria y materia prima, para a partir de los mismos poder generar el valor añadido deseado por los usuarios. “Facilitan el desarrollo de las actividades que integran los procesos clave y generan valor añadido al cliente interno.”¹³⁰ “Facilitan los recursos necesarios para que los demás procesos del equipo cumplan su misión,”¹³¹ como mantenimiento, farmacia, almacén. En las Instituciones Sanitarias, son aquellos que “permiten la operación de la Institución y que sin embargo no son considerados clave para la misma. En general son los procesos de gestión y algunos otros,”¹³² como proceso de auditorías internas, gestión de los sistemas de información, etc. Se denominan también procesos de apoyo o auxiliares.

¹²⁹ SESCOAM. (2002). *La Gestión por Procesos*. Sescam, Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria, Toledo, España, página 5. Disponible en http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2265/mod_resource/content/1/Modulo_1/Gestionde procesos.pdf. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

¹³⁰ JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. (2004). *Trabajando con los Procesos: Guía para la Gestión por Procesos*. Editorial Junta de Castilla y León, Consejería de Presidencia y Administración Territorial, Dirección General de Atención al Ciudadano y Modernización Administrativa, pág. 20. Disponible en http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/432/626/Gestion%20por%20Procesos.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobheadername2=JCYL_Presidencia&blobheadervalue1=attachment%3Bfilename. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹³¹ LLERAS MUÑOZ, S. (2002). *Gestión por procesos: su utilidad en Atención Primaria*. Elsevier, SEMERGEN - Medicina de familia, España, Junio 2002, Volumen 28, Nº 06. Disponible en <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/articulo/gestion-por-procesos-su-utilidad-13034335>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹³² SESCOAM. (2002). *La Gestión por Procesos*. Sescam, Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria, Toledo, España, página 8. Disponible en http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2265/mod_resource/content/1/Modulo_1/Gestionde procesos.pdf. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

2.7. Diagrama de Proceso

Identificado los procesos se debe continuar con la descripción de los mismos considerando cómo son por dentro y cómo permiten la transformación de entradas en salidas; de manera de “determinar los criterios y métodos para asegurar que las actividades que comprenden dicho proceso se lleven a cabo de manera eficaz, al igual que el control del mismo.”¹³³

Consiste en “la representación esquemática, paso a paso, de los detalles de un proceso.”¹³⁴ Facilitando la interpretación de las “actividades en toda su extensión, dado que permiten una visión del flujo y la secuencia de las mismas, incluyendo las entradas y salidas necesarias para el proceso y los límites”¹³⁵ del mismo. Se han desarrollado a los efectos de representar los pasos de un proceso, indicar su secuencia, las unidades involucradas y los responsables de su ejecución. Mediante la utilización de símbolos preestablecidos se plasman las diferentes operaciones, la interrelación de las actividades que lo constituyen y la transformación de las entradas en salidas.

De esta manera los diagramas de procesos “facilitan el entendimiento de la secuencia e interrelación de las actividades y de cómo estas aportan valor y contribuyen a los resultados.”¹³⁶

La representación gráfica de los procesos de una organización sanitaria sirve¹³⁷ para:

¹³³ BELTRÁN SANZ, J. et al. (2009). *Guía para una gestión basada en procesos*. Instituto Andaluz de Tecnología, Centro Andaluz para la Excelencia en la Gestión, pág. 44. Disponible en <http://excelencia.iat.es/files/2012/08/2009.Gesti%C3%B3n-basada-procesos-completa.pdf>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹³⁴ GIL RAMOS, J. et al. (2006). *Centros Hospitalarios de Alta Resolución de Andalucía*. Editorial MAD SL España, pág. 17.

¹³⁵ BELTRÁN SANZ, J. et al. (2009). *Guía para una gestión basada en procesos*. Instituto Andaluz de Tecnología, Centro Andaluz para la Excelencia en la Gestión, pág. 40. Disponible en <http://excelencia.iat.es/files/2012/08/2009.Gesti%C3%B3n-basada-procesos-completa.pdf>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹³⁶ BELTRÁN SANZ, J. et al. (2009). *Guía para una gestión basada en procesos*. Instituto Andaluz de Tecnología, Centro Andaluz para la Excelencia en la Gestión, pág. 44. Disponible en <http://excelencia.iat.es/files/2012/08/2009.Gesti%C3%B3n-basada-procesos-completa.pdf>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹³⁷ GIL RAMOS, J. et al. (2006). *Centros Hospitalarios de Alta Resolución de Andalucía*. Editorial MAD SL España, pág. 17.

-
- Visualizar globalmente el proceso, los niveles de actuación asistencial (Atención Primaria, Atención Especializada, Urgencias o Emergencias), los profesionales implicados (médicos, enfermeros, personal) y los recursos necesarios para obtener el resultado esperado.
 - Identificar rápidamente funciones, responsabilidades y competencia de los participantes.
 - Unir las vías críticas con las organizativas, en relación a las tareas a realizar.
 - Identificar puntos donde se puede medir la efectividad y eficiencia del proceso.

A la hora de realizarse un seguimiento desde que comienza el proceso hasta su terminación, para corroborar los resultados esperados, los diagramas de procesos son una importante herramienta para la organización.

Una de las metodologías más utilizadas para evaluar la eficacia y eficiencia de los procesos es el Ciclo de la Calidad de Deming o PDCA (planificar, hacer, verificar y actuar), que consiste en cuatro acciones fundamentales.

- Planificar. Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.
- Hacer. Implementar los procesos.
- Verificar. Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto/servicio, e informar sobre los resultados.
- Actuar. Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

2.8. Ficha del Proceso

Los elementos del proceso se describen en la ficha del proceso, que contienen “un resumen de los elementos que forman parte de un proceso, así como de su finalidad y de los controles que se le pueden aplicar para verificar su

eficacia.”¹³⁸ Es “un soporte de información que pretende recabar todas aquellas características relevantes para el control de las actividades definidas en el diagrama, así como para la gestión del proceso.”¹³⁹

Estas fichas ayudan a establecer las características de la secuencia de los procesos. “Tras esta determinación, se usan para recoger en ellas los indicadores de eficacia asignados y tras esto, para realizar un estudio rápido del proceso y determinar cambios y mejoras.”¹⁴⁰ Una vez elaboradas y revisadas resultan de gran ayuda a la hora de documentar los procesos.

Puede adoptar diferentes formatos “que tienen en común la identificación del nombre del proceso, de su propietario o responsable, la finalidad, las actividades que comprende y por supuesto, las entradas y las salidas.”¹⁴¹

La ficha contiene los siguientes datos¹⁴²:

- Misión del Proceso. Establece el objetivo del proceso.
- Actividades que forman el proceso. Describe cada una de las actividades que se realizan dentro del proceso.
- Responsables del Proceso. Indica qué cargos son los responsables de cumplir las actividades del proceso tal y como quedan definidas en la ficha.
- Elementos de Entrada. Las entradas han de quedar perfectamente definidos para poder determinar criterios de aceptación claros.

¹³⁸ CALIDAD ISO 9000. (2013). *Contenidos de las Fichas de Proceso*. ISO 9000 Calidad. Disponible en <http://iso9001calidad.com/contenidos-de-las-fichas-de-proceso-126.html>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

¹³⁹ BELTRÁN SANZ, J. et al. (2009). *Guía para una gestión basada en procesos*. Instituto Andaluz de Tecnología, Centro Andaluz para la Excelencia en la Gestión, pág. 44. Disponible en <http://excelencia.iat.es/files/2012/08/2009.Gesti%C3%B3n-basada-procesos-completa.pdf>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹⁴⁰ CALIDAD ISO 9000. (2013). *Contenidos de las Fichas de Proceso*. ISO 9000 Calidad. Disponible en <http://iso9001calidad.com/contenidos-de-las-fichas-de-proceso-126.html>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

¹⁴¹ MUÑOZ RAMÓN, J. et al. (2008). *La Gestión por Procesos en el Tratamiento del Dolor*. Revista Sociedad Española del Dolor, Mayo 2008, Volumen 15, Número 4, 241-247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000400006&Ing=es. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹⁴² CALIDAD ISO 9000. (2013). *Contenidos de las Fichas de Proceso*. ISO 9000 Calidad. Disponible en <http://iso9001calidad.com/contenidos-de-las-fichas-de-proceso-126.html>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

-
- Elementos de Salida. Al igual que las entradas, las salidas han de quedar bien definidas.
 - Procesos Relacionados. Otros procesos del sistema con estrecha relación con este. Usualmente, son los que generan las entradas y los que reciben las salidas del proceso.
 - Recursos. Medios y requisitos necesarios para desarrollar el proceso. Se incluyen aquí los formatos de registros, instrucciones técnicas, equipos, etc.
 - Registros y Archivos Asociados. Toda aquella información que debe ser guardada, mantenida y revisada, bien para comprobar la eficacia del proceso o bien para evidenciar el cumplimiento de los requisitos del mismo.
 - Indicadores. Características a medir para verificar que el proceso se desarrolla de forma eficaz. Se recomienda determinar al menos algún indicador de eficacia de cada proceso siempre que sea posible.
 - Documentos Aplicables. Documentos del sistema de gestión de calidad que afecten al proceso y puedan ser útiles para el desarrollo del mismo.

2.9. Evaluación

El modelo Fundación Europea para la Gestión de la Calidad¹⁴³ (en inglés, European Foundation for Quality Management o EFQM), es un modelo de excelencia¹⁴⁴ que todo tipo de organización puede utilizar y aplicar, tanto sanitarias como no sanitarias. Este enfoque no supone una contraposición a otros enfoques, como normas ISO, normas y guías de actuación en la práctica empresarial; sino la integración de los mismos en un enfoque más amplio y completo de la gestión.

Se basa en la orientación a resultados y está enfocado en el cliente. La gestión “de este modelo se realiza por procesos y se apoya en la participación de

¹⁴³ Fue creado en 1988, en su inicio participaron 14 empresas europeas, sin fines de lucro, con el propósito de desarrollar un modelo de excelencia europeo. Conceptualiza su misión en ser la fuerza que impulsa en Europa la excelencia sostenida y que define como visión un mundo en el que las organizaciones europeas sobresalgan por su excelencia.

¹⁴⁴ EFMQ. (1999). *Introducción a la Excelencia*. EFQM 1999-2003, pág. 315. Disponible en <https://www.ucv.es/documentos/calidad/EFQM.pdf> Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

todos los miembros de la organización, teniendo en cuenta aspectos éticos y sociales.”¹⁴⁵

El modelo consta de un conjunto de criterios (resultados y agentes) de excelencia que abarcan todas las áreas del funcionamiento de la organización y un conjunto de reglas para evaluar el comportamiento de la misma en cada criterio. Desde sus inicios, se ha orientado con la visión de ayudar a crear organizaciones europeas fuertes que practiquen los principios de la administración de la calidad total en sus procesos y en sus relaciones con sus empleados, clientes, accionistas y comunidades donde operan.

Este modelo, a diferencia de otros de mejora de la calidad, se basa en la autoevaluación, “no es un modelo de certificación ni tampoco de acreditación y una organización puede realizar el proceso de autoevaluación con o sin apoyo externo,”¹⁴⁶ aunque la coordinación de la autoevaluación debe realizarla alguien con experiencia en el modelo.

Para implantar un modelo de calidad total en una organización es necesario el compromiso y liderazgo de la dirección, como de la participación de todos los miembros de la organización. Su aplicación permite un análisis de la actividad y de los resultados, lo que permite un diagnóstico de la situación. Además de “ser en sí mismo una herramienta de mejora porque, después de aplicarlo, la organización puede establecer líneas de mejora continua que pueden integrarse

¹⁴⁵ MARTÍNEZ, B. (2008). *Hablemos de ... Calidad ¿Qué es el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)?* Elsevier, Anales de Pediatría Continuada, Septiembre de 2008, Volumen 6, Número 5, pág. 315-320. Disponible en http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=80000456&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=51&ty=158&accion=L&origen=apccontinuada&web=http://www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=v6n5a356pdf001.pdf. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

¹⁴⁶ MARTÍNEZ, B. (2008). *Hablemos de ... Calidad ¿Qué es el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)?* Elsevier, Anales de Pediatría Continuada, Septiembre de 2008, Volumen 6, Número 5, pág. 315-320. Disponible en http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=80000456&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=51&ty=158&accion=L&origen=apccontinuada&web=http://www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=v6n5a356pdf001.pdf. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

en el plan de calidad del centro.”¹⁴⁷

Los conceptos fundamentales¹⁴⁸ son ocho:

- Lograr resultados equilibrados. Implica desarrollar el conjunto de resultados clave necesarios para controlar el progreso respecto a la visión, la misión y la estrategia, permitiendo a los líderes adoptar decisiones eficaces y oportunas.
- Añadir valor para los Clientes. Definir y comunicar con claridad la propuesta de valor y la participación activa de los clientes en los procesos de diseño del producto y del servicio.
- Liderar con visión, inspiración e integridad. Es la capacidad de los líderes de adaptar, de reaccionar y de ganarse el compromiso de todos los grupos de interés a fin de garantizar la continuidad del éxito de la organización.
- Gestionar por Procesos. Centrado en cómo diseñar los procesos para realizar la estrategia, con una gestión de principio a fin más allá de los límites clásicos de la organización.
- Alcanzar el éxito mediante las personas. Crear un equilibrio entre las necesidades estratégicas de la organización y las expectativas y aspiraciones personales de las personas al objeto de ganar su compromiso y participación.
- Favorecer la creatividad y la innovación. Desarrollar e involucrarse en redes y hacer participar a todos los grupos de interés como fuentes potenciales de creatividad e innovación.
- Desarrollar alianzas. Incluir alianzas más allá de la cadena de suministro, se reconoce que para alcanzar el éxito deberían basarse en beneficios mutuos sostenibles.

¹⁴⁷ MARTÍNEZ, B. (2008). *Hablemos de ... Calidad ¿Qué es el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)?* Elsevier, Anales de Pediatría Continuada, Septiembre de 2008, Volumen 6, Número 5, pág. 315-320. Disponible en http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=80000456&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=51&ty=158&accion=L&origen=apccontinuada&web=http://www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=v6n5a356pdf001.pdf. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

¹⁴⁸ EFMQ. (2009). *Guía de Transición al Modelo EFQM 2010*. EFQM, pág. 7. Disponible en <http://excelencia.iat.es/files/2012/09/gu%C3%ADa-transicion.pdf>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

- Asumir la responsabilidad de un futuro sostenible. Responsabilizarse activamente de la conducta y de las actividades de la organización y gestionar su impacto en la comunidad general.

Consta de 9 criterios de evaluación,¹⁴⁹ (ver Anexo I) 5 corresponden a los criterios agentes, que indican cómo debería actuar un centro en el que está implantado un sistema de gestión de calidad total y 4 de resultados, que reflejan lo que el centro está logrando.

- Criterios Agentes

1. Liderazgo

Los directivos deben asumir su liderazgo definiendo las líneas directrices para la consecución de los objetivos expectativas de los diferentes grupos de interés de la organización, con ética y compromiso con las personas, motivándolas, reconociendo sus logros y asegurando la correcta implantación del sistema.

- 1.a. La ética se añade como una faceta de ser modelo de referencia.
- 1.b. Los líderes definen, supervisan, revisan e impulsan tanto la “mejora continua del sistema de gestión de la organización como de su rendimiento. Los riesgos laborales se identifican y gestionan en todos los procesos, cuidando de su eliminación y minimización.”¹⁵⁰
- 1.c. Los Líderes deben involucrarse con los grupos de interés y la necesidad de transparencia y de informar sobre el progreso
- 1.d. Los líderes refuerzan una cultura de excelencia entre las personas de la organización.
- 1.e. Subraya el factor flexibilidad y la capacidad de tomar decisiones de los líderes a la hora de comprender e impulsar el cambio.

¹⁴⁹ EFMQ. (2009). *Guía de Transición al Modelo EFQM 2010*. EFQM, pág. 12. Disponible en <http://excelencia.iat.es/files/2012/09/gu%C3%ADa-transicion.pdf>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

¹⁵⁰ INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. (2009). *Excelencia Empresarial y Condiciones de Trabajo: el Modelo EFQM 2010*. Gobierno de España, Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, Notas Técnicas de Prevención 870, pág. 3. Disponible en <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTécnicas/NTP/Ficheros/856a890/870w.pdf>. Fecha de acceso: 26 de julio de 2013.

2. Estrategia.

Sus políticas deben ser coherente con su visión y desarrollarlas con estrategias centradas en los grupos de interés, apoyándose en “un enfoque con planificación y organización adecuada y un despliegue para su implementación, con atención especial a los procesos clave que generan valor. Todo ello ha de ser revisado periódicamente.”¹⁵¹

2.a. Enfocado en comprender el entorno externo.

2.b. Mayor énfasis en lo interno y sus capacidades.

2.c. La estrategia y sus políticas de apoyo se desarrollan, revisan y actualizan.

2.d. Se hace explícita la vinculación con los resultados; igualmente se cierra el círculo en este criterio con el refinamiento oportuno de las opciones estratégicas.

3. Personas.

Ha de facilitar el desarrollo profesional de sus miembros y la información relativa al nivel de satisfacción de los trabajadores, debe planificar las actividades de aprendizaje, crear “canales ágiles de comunicación e información para implicar a las personas y facilitar su participación, contribuyendo a su motivación para obtener el desarrollo innovador de los procesos, productos y servicios”¹⁵² La organización debe potenciar, desarrollar, gestionar y obtener valor de las competencias de las personas, así como de equipos y organización.

3.a. Los planes de recursos humanos apoyan directamente a las estrategias y resultados.

3.b. Se desarrolla el conocimiento y las capacidades de las personas.

¹⁵¹ INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. (2009). *Excelencia Empresarial y Condiciones de Trabajo: el Modelo EFQM 2010*. Gobierno de España, Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, Notas Técnicas de Prevención 870, pág. 4. Disponible en <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/856a890/870w.pdf>. Fecha de acceso: 26 de julio de 2013.

¹⁵² INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. (2009). *Excelencia Empresarial y Condiciones de Trabajo: el Modelo EFQM 2010*. Gobierno de España, Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, Notas Técnicas de Prevención 870, pág. 4. Disponible en <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/856a890/870w.pdf>. Fecha de acceso: 26 de julio de 2013.

-
- 3.c. Se involucra a las personas en la eficacia y la eficiencia de los procesos.
 - 3.d. Las “personas se comunican eficazmente en toda la organización. Se comparte información, conocimientos y mejores prácticas, fundamentándose ello en el diálogo.”¹⁵³
 - 3.e. Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización. Se introducen los conceptos de conciliación de la vida laboral y personal y el apoyo y atención mutuos, además de la participación de las personas en la Sociedad en general.
4. Alianzas y Recursos.

La empresa debe gestionar sus activos tangibles (materiales, tecnológicos y financieros) e intangibles (capital intelectual, prestigio, cultura organizacional), de la manera más eficiente. Deben establecerse relaciones de trabajo con otros grupos de interés en la organización, “respaldando la estrategia en un clima de confianza y de conocimientos compartidos para así conseguir el eficaz funcionamiento de los procesos, optimizando medios y minimizando costes.”¹⁵⁴ Hay que gestionar eficazmente su impacto social y ambiental.

- 4.a. Gestión de partners y proveedores para obtener un beneficio sostenible.
- 4.b. Asegurar el éxito y la coherencia en la planificación financiera a corto y largo plazo.
- 4.c. Gestión sostenible de edificios, equipos, materiales y recursos naturales.
- 4.d. La necesidad de una cartera en apoyo de la estrategia.
- 4.e. Gestión de la tecnología para hacer realidad la estrategia.

¹⁵³ INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. (2009). *Excelencia Empresarial y Condiciones de Trabajo: el Modelo EFQM 2010*. Gobierno de España, Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, Notas Técnicas de Prevención 870, pág. 4. Disponible en <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/856a890/870w.pdf>. Fecha de acceso: 26 de julio de 2013.

¹⁵⁴ INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. (2009). *Excelencia Empresarial y Condiciones de Trabajo: el Modelo EFQM 2010*. Gobierno de España, Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, Notas Técnicas de Prevención 870, pág. 4. Disponible en <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/856a890/870w.pdf>. Fecha de acceso: 26 de julio de 2013.

5. Procesos, productos y servicios.

Las personas y las unidades funcionales se interrelacionarán en un marco de cooperación para detectar y subsanar problemas. Se identificarán los procesos clave, potenciándolos y “estableciendo objetivos de mejora, desarrollando un sistema de gestión orientado a la generación de valor en todas las etapas y asegurando que los productos y servicios cumplen los requisitos establecidos.”¹⁵⁵

5.a. Los procesos se diseñan y gestionan a fin de optimizar el valor para los grupos de interés.

5.b. Los productos y servicios se desarrollan para dar un valor óptimo a los clientes.

5.c. Se los promociona y se ponen en el mercado eficazmente.

5.d. Se producen, distribuyen y gestionan eficazmente.

5.e. Las relaciones con los clientes se gestionan y mejoran.

- Criterios Resultados

6. Resultados en los Clientes.

La organización debe satisfacer las necesidades de sus clientes, ofreciendo productos y servicios que se diferencien de ofertas existentes, dando la información necesaria y realizando un seguimiento del producto y servicios asociados que añaden valor y producen satisfacción, seguridad y garantía de salud.

6.a. Percepciones que de la organización tienen los clientes, derivadas de encuestas y otras fuentes de información.

6.b. Indicadores de rendimiento que den una idea clara de la eficacia del despliegue seguido.

7. Resultados en las Personas.

Los logros alcanzados poseen una fuerte dependencia con la identificación de las personas con la estrategia y líneas seguidas por la organización. Los

¹⁵⁵ INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. (2009). *Excelencia Empresarial y Condiciones de Trabajo: el Modelo EFQM 2010*. Gobierno de España, Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, Notas Técnicas de Prevención 870, pág. 5. Disponible en <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/856a890/870w.pdf>. Fecha de acceso: 26 de julio de 2013.

resultados serán satisfactorios si sintonizan con sus valores, si existe motivación y comunicación, un clima de confianza y se asumen responsabilidades.

7.a. Percepciones que tienen las personas que integran la organización sobre el despliegue seguido.

7.b. Indicadores de rendimiento sobre lo realizado para y con las personas.

8. Resultados en la Sociedad.

Una organización no es independiente, sino que pertenece a un entorno social en el que debe fomentar unos valores que estén en concordancia con el medio social y natural del que forma parte.

8 a. Percepciones que tiene la sociedad derivadas de encuestas, agentes sociales, artículos de prensa, reconocimientos públicos y otras fuentes de interés.

8 b. Indicadores de rendimiento de su gestión de su impacto en la sociedad.

9. Resultados Clave.

Una cultura de excelencia, se orienta a obtener resultados equilibrados clave, sean o no económico-financieros, basados en las necesidades y expectativas de los grupos de interés y ello con visión de futuro.

9 a. Resultados Estratégicos Clave (económico-financieros, gestión y control de presupuesto, volumen de productos y servicios clave, resultados de los procesos clave).

9 b. Indicadores Clave de Rendimiento (indicadores económico-financieros, costes de los proyectos, indicadores de rendimiento de los procesos clave, de partners y proveedores, avances en tecnología, información y conocimiento).

El esquema lógico REDER “contempla los elementos de análisis para la reflexión y valoración de los criterios planteados en el modelo. Normalmente cada

subcriterio tiene el mismo peso específico dentro de su propio criterio,¹⁵⁶ con excepción del 6.a y 7.a de Resultados que valen 75%, porque se pondera con mayor peso la percepción de las personas y los clientes.

Hay que valorar cada subcriterio y criterio para obtener la puntuación. Para la valoración de los subcriterio de Agentes facilitadores es necesario considerar el enfoque planteado, observando si su planificación y desarrollo están fundamentados y si se implantan de manera sistemática las mejoras deducidas de los procesos de evaluación y revisión. En el caso de los subcriterio de Resultados, es necesario considerar los rendimientos alcanzados, la consecución de objetivos, la comparación con referentes externos y las causas que lo han hecho posible.

El Modelo EFQM no establece una clasificación de resultados de la evaluación en función del puntaje final alcanzado. Pero, se considera “que se empiezan a asumir niveles mínimos aceptables, cuando tanto los agentes facilitadores como los resultados superan el 50% de implementación.”¹⁵⁷

2.7. Gestión del Conocimiento

El conocimiento es “una capacidad humana, basada en la experiencia, que tiene como fin transformar la información en decisiones y acciones concretas.”¹⁵⁸ Constituye el activo más valioso de cualquier organización; la competitividad de las instituciones y la eficacia de las administraciones públicas dependen de que este conocimiento pueda preservarse y utilizarse de forma eficiente. Los activos “intangibles tienen su origen en los conocimientos, habilidades, actitudes y valores

¹⁵⁶ INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. (2009). *Excelencia Empresarial y Condiciones de Trabajo: el Modelo EFQM 2010*. Gobierno de España, Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, Notas Técnicas de Prevención 870, pág. 6. Disponible en <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/856a890/870w.pdf>. Fecha de acceso: 26 de julio de 2013.

¹⁵⁷ INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. (2009). *Excelencia Empresarial y Condiciones de Trabajo: el Modelo EFQM 2010*. Gobierno de España, Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, Notas Técnicas de Prevención 870, pág. 6. Disponible en <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/856a890/870w.pdf>. Fecha de acceso: 26 de julio de 2013.

¹⁵⁸ MONTSERRAT, S. (2010). *Gestión del Conocimiento. El modelo de gestión de empresas del siglo XXI*. Editorial Netbiblo SL, España, pág. 23.

de las personas; son denominados capital intelectual, nacen del capital humano y generan una importante riqueza”¹⁵⁹ para la organización. Gestionar ese capital implica “identificarlo, medirlo, renovarlo y realizar todas aquellas acciones oportunas para conseguir incrementarlo.”¹⁶⁰ Se constituye en el conjunto de intangible de una institución, que genera valor.

Para gestionar el aprendizaje organizativo hay que considerar los distintos tipos de conocimiento; como el tácito, que poseen las personas, “está en su interior, lo llevan con ellas y lo adquieren a través de diversos mecanismos: creatividad, experiencia, creencias, inteligencia emocional, valores, intuición, know how”¹⁶¹ y el explícito, que implica transformar ese “conocimiento tácito, en conocimiento explícito, a través de procesos, planes, políticas, etc. En definitiva, el conocimiento de las personas debe transferirse a la organización y quedar a disposición de ésta.”¹⁶² Si la persona se aleja de la organización, se lleva su conocimiento, pero también queda plasmado en la institución formando parte de ella.

La gestión del conocimiento es la encargada de diseñar sistemas y estrategias para aprovechar de forma sistemática el conocimiento involucrado en una organización. Es “un proceso organizativo encaminado a conseguir la estructuración, integración y fusión del conocimiento de los individuos, en una organización o en la sociedad.”¹⁶³ Es la función que “planifica, coordina y controla

¹⁵⁹ AYUSO, D. y GRANDE, R. (2006). *Gestión de Enfermería y los Servicios Generales de Organizaciones Sanitarias*. Editorial Díaz de Santos, España, pág. 576.

¹⁶⁰ AYUSO, D. y GRANDE, R. (2006). *Gestión de Enfermería y los Servicios Generales de Organizaciones Sanitarias*. Editorial Díaz de Santos, España, pág. 576.

¹⁶¹ LÓPEZ, H. (2007). *Gestión del Conocimiento. Enfoque Empresarial con miras a futuro*. Universidad de los Hemisferios, Facultad de Ciencias Empresariales, Ecuador. Disponible en <http://www.indeg.edu.ec/publicaciones/GESTION%20DEL%20CONOCIMIENTO.pdf>. Fecha de acceso: 26 de julio de 2013.

¹⁶² LÓPEZ, H. (2007). *Gestión del Conocimiento. Enfoque Empresarial con miras a futuro*. Universidad de los Hemisferios, Facultad de Ciencias Empresariales, Ecuador. Disponible en <http://www.indeg.edu.ec/publicaciones/GESTION%20DEL%20CONOCIMIENTO.pdf>. Fecha de acceso: 26 de julio de 2013.

¹⁶³ SAMPEDRO CAMARENA, F. (2012). *La Gestión del Conocimiento y el Empowerment en un Hospital Universitario del Siglo XXI*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, Originales Electrónicos, España, pág. 4. Disponible en http://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/08/sal_sepa_empowerment.pdf. Fecha de acceso: 27 de julio de 2013.

los flujos del conocimiento que se producen en la organización en relación con sus actividades y entorno, con el fin de crear las competencias esenciales.”¹⁶⁴

Puede definírsela como un conjunto de métodos y técnicas encaminadas a detectar, analizar, memorizar y compartir los conocimientos entre los miembros de una organización así como incorporarlos al colectivo del personal o equipos.

Se ha convertido en una potente “herramienta para promover la innovación y elevar la competitividad para rediseñar los procesos hasta alcanzar un equilibrio entre lo ideal, lo real, lo necesario y lo esperado por el cliente.”¹⁶⁵

La gestión del conocimiento “tiene en el aprendizaje organizacional su principal herramienta.”¹⁶⁶ Afirma Senge, la organización “de mayor éxito de la década del 90 será algo llamado organización inteligente,”¹⁶⁷ expresando¹⁶⁸ además que “la capacidad de aprender con mayor rapidez que los competidores quizá sea la única ventaja competitiva sostenible.”¹⁶⁹ Es decir, las organizaciones que cobrarán importancia en el futuro serán “las que descubran cómo aprovechar el entusiasmo y la capacidad de aprendizaje de la gente en todos los niveles de la organización.”¹⁷⁰

¹⁶⁴ AYUSO, D. y GRANDE, R. (2006). *Gestión de Enfermería y los Servicios Generales de Organizaciones Sanitarias*. Editorial Díaz de Santos, España, pág. 576.

¹⁶⁵ AYUSO, D. y GRANDE, R. (2006). *Gestión de Enfermería y los Servicios Generales de Organizaciones Sanitarias*. Editorial Díaz de Santos, España, pág. 576.

¹⁶⁶ MARCHESE, A. et al. (2009). *Gestión del Conocimiento en Organizaciones que crean valor*. Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Económicas y Estadística, Instituto de Investigaciones, Decimocuarta Jornadas Investigaciones en la Facultad de Ciencias Económicas y Estadística, noviembre 2009. Disponible en <http://www.fcecon.unr.edu.ar/fcecon.unr.edu.ar/sites/default/files/u16/Decimocuarta/Marchese,%20Ingrassia%20%20Gestion%20de%20Conocimiento%20Organizaciones.pdf>. Fecha de acceso: 26 de julio de 2013.

¹⁶⁷ SENGE, P. (1998). *La Quinta Disciplina. Cómo impulsar el aprendizaje en la organización inteligente*. Editorial Juan Granica SA, Segunda Edición en Castellano, España, pág. 11.

¹⁶⁸ Pensamiento en coincidencia con Arie de Geus jefe de planificación de Royal Dutch/Shell.

¹⁶⁹ SENGE, P. (1998). *La Quinta Disciplina. Cómo impulsar el aprendizaje en la organización inteligente*. Editorial Juan Granica SA, Segunda Edición en Castellano, España, pág. 11.

¹⁷⁰ SENGE, P. (1998). *La Quinta Disciplina. Cómo impulsar el aprendizaje en la organización inteligente*. Editorial Juan Granica SA, Segunda Edición en Castellano, España, pág. 16.

Los beneficios,¹⁷¹ variados y de diversa índole, que una adecuada gestión del conocimiento aporta a la organización son:

- Reducir la dependencia del conocimiento tácito.
- Minimizar la pérdida de capital intelectual, si las personas sienten que están aprendiendo, se sentirán inclinadas a compartir.
- Estimular la creatividad y la innovación, cada persona se sentirá motivada a aplicar conocimientos nuevos en su función.
- Brindar mayor flexibilidad a la estructura, se facilitan ascensos, reemplazos, etc. Las personas tendrán una guía sobre lo que deben saber si deben asumir una nueva responsabilidad en la Institución.
- Aumentar la capacidad de respuesta al cambio, incidentes y potenciales problemas.
- Mejorar la calidad y la eficiencia de la gestión, no se desperdician recursos en averiguar de qué manera se hacen las cosas.
- Mejorar la vinculación con los grupos de interés externos a la Institución.
- Facilitar el aprendizaje organizacional ya que la organización enseña y aprende.

Las organizaciones “sanitarias están destinadas inexorablemente a gestionar el conocimiento. Sus servicios se nutren de las aportaciones que van realizando las distintas fuentes de conocimiento en materia de salud.”¹⁷² Este conocimiento bien “gestionado posibilita el aprendizaje individual de los miembros de una organización, además de estimular la cooperación entre las diferentes unidades funcionales que participan en la misma y en sus procesos.”¹⁷³ Constituyéndose, el proceso, en la unidad básica de trabajo, es decir, “el formato ideal donde van a

¹⁷¹ LÓPEZ, H. (2007). *Gestión del Conocimiento. Enfoque Empresarial con miras a futuro*. Universidad de los Hemisferios, Facultad de Ciencias Empresariales, Ecuador. Disponible en <http://www.indeg.edu.ec/publicaciones/GESTION%20DEL%20CONOCIMIENTO.pdf>. Fecha de acceso: 26 de julio de 2013.

¹⁷² PEDRO GOMEZ, J. y MORALES ASENSIO, J. (2004). *Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia?*. Index de Enfermería, Granada, Volumen 13, Número 44-45, jun. 2004. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100006. Fecha de Acceso: 26 de julio de 2013.

¹⁷³ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 105.

confluir las diferentes categorías de conocimientos (médico, enfermero, trabajador social, etc.), formando un conocimiento nuevo y más poderoso,”¹⁷⁴ facilitando un mayor impacto de los servicios prestados por las organizaciones.

2.8. Gestión de Cambio

El cambio organizacional implica “un conjunto de variaciones de orden estructural que sufren las organizaciones y que se traducen en un nuevo comportamiento organizacional.”¹⁷⁵ Es “un conjunto de alteraciones surgidas y producidas en diferentes niveles o elementos de la organización como sistema social complejo, abierto y en desarrollo constante. Dado por causas externas o internas.”¹⁷⁶

Si los cambios originan una nueva conducta, ésta “debe tener carácter de permanencia, de lo contrario podría ser el resultado de un acto temporal. Todo cambio debe ir de la mano con el aprendizaje.”¹⁷⁷ El aprendizaje involucra cambios, hay aprendizaje cuando se observa cambios de conductas y los cambios deben ser permanentes, caso contrario pudo haber sido originado por un instinto.

En la actualidad se observa que muchos cambios están ocurriendo en todos los ámbitos exigiendo una nueva postura por parte de las organizaciones. Éstas no pueden quedarse al margen por cuanto tendrían consecuencias importantes para el futuro de su organización. Hay cambios que se instalan sin pedir permiso

¹⁷⁴ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 105.

¹⁷⁵ GARCÍA ALONSO, D. (2012). *El cambio Organizacional*. Universidad de León, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Grado en Administración y Dirección de Empresas, León España, Junio 2012, pág. 11. Disponible en https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1858/09795587W_GADE_Junio12.pdf?sequence=1. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹⁷⁶ GONZÁLEZ TÉLLEZ, M. (2011). *Los Cambios en las Organizaciones*. Universidad de Málaga, Eumed.net, Contribuciones a la Economía, Mayo 2011. Disponible en <http://www.eumed.net/ce/2011a/mgt.htm>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹⁷⁷ GARCÍA ALONSO, D. (2012). *El cambio Organizacional*. Universidad de León, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Grado en Administración y Dirección de Empresas, León España, Junio 2012, pág. 11. Disponible en https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1858/09795587W_GADE_Junio12.pdf?sequence=1. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

provocando inestabilidad si la organización no está preparada gerencialmente para el cambio. Lo ideal es saber sacarle el máximo provecho a estas situaciones, ya que el cambio ocurre tanto en un proceso continuo como desde un rápido giro hasta un cambio estructurado y planeado.

El cambio puede ser “planeado y deliberado, lo que ocurre cuando una organización identifica un plan a adoptar y ejerce la administración de la calidad total,”¹⁷⁸ lo que implica una decisión consciente que se realiza mediante un proceso de cambio planeado.

Pero “lo más complejo de un cambio es el desaprendizaje de lo que las personas saben.”¹⁷⁹ No basta que “las personas comprendan que lo que antes valía hora no. Necesitan saber más lo que vale ahora. El cambio exige una visión de adónde ir.” Y aun cuando la visión esté muy bien definida, “el futuro siempre es incierto. Esa incertidumbre produce dolor y es un de las causas de la resistencia al cambio.”¹⁸⁰

Kotter,¹⁸¹ expresa, que la primera condición para iniciar el cambio es la creación de “una sensación de premura. Las personas tienen que sentir que han de cambiar y cambiar rápido. Si no se ha alcanzado esta sensación la tendencia natural es resistirse al cambio.”¹⁸²

Esta resistencia “es la reacción normal y la más frecuente que se observa ante un proceso de cambio, mientras que una adhesión intensa e inmediata es el

¹⁷⁸ MORRIS, J. y VARGAS, M. (2005). *Gestión del Cambio en Enfermería*. Universidad Rómulo Gallego, San Juan de los Morros Estado de Guárico, Maracay, Venezuela, pág.1.

¹⁷⁹ AGUILAR LÓPEZ, J. (2003). *La Gestión del Cambio*. Editorial Ariel SA, Barcelona, España, Marzo 2003, pág. 24.

¹⁸⁰ AGUILAR LÓPEZ, J. (2003). *La Gestión del Cambio*. Editorial Ariel SA, Barcelona, España, Marzo 2003, pág. 26.

¹⁸¹ Considerado uno de los autores más importantes del pensamiento gerencial contemporáneo; sus libros se han dado a conocer por su alto grado de conocimiento en los temas que rodean el liderazgo y el cambio e innovación en la cultura de las organizaciones.

¹⁸² AGUILAR LÓPEZ, J. (2003). *La Gestión del Cambio*. Editorial Ariel SA, Barcelona, España, Marzo 2003, pág. 27.

caso más raro.”¹⁸³

El cambio en una organización requiere “la generación de un impulso conductor del cambio desde la base de la organización, luego la persuasión de los líderes clave, hasta la punta de la organización que lo exige”¹⁸⁴.

El proceso del cambio es el medio a través del cual una organización llega a ser de modo diferente a lo que era en un momento anterior. Se sabe que todas las organizaciones cambian, pero el reto que se plantean en los directivos y en todas las personas de la organización es que el cambio organizacional se produzca en la dirección que interesa a los objetivos de la organización. De allí que se hable de gestión del cambio. Cuando se quiera llevar adelante un proceso de cambio se debe tomar en cuenta que las personas pretenderán que la nueva situación le brinde seguridad igual que la postura anterior. Si se produce sin dificultades el proceso de cambio continuará, ante alguna dificultad las personas tienden a volver rápidamente a la situación anterior. El proceso “puede moverse rápidamente o estancarse en cualquier fase; la meta del cambio programado es planear, controlar y evaluar el cambio.”¹⁸⁵

En esta instancia es necesario un agente de cambio, que es la persona que utiliza los conocimientos adquiridos para cambiar, mejorar o realizar reformas de esquemas o paradigmas existentes en las organizaciones. Este agente puede ser el gerente de la organización, el administrador, un especialista del staff interno o hasta un consultor externo, “no es más que un líder dentro de la organización.”¹⁸⁶ Es cualquier persona dentro de la organización que desarrolle las habilidades de

¹⁸³ GROUARD, B. Y MESTON, F. (1996). *Reingeniería del Cambio*. Editorial Alfaomega, citado por García Alonso, D. (2012). *El cambio Organizacional*. Universidad de León, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Grado en Administración y Dirección de Empresas, León España, Junio 2012, pág. 14. Disponible en https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1858/09795587W_GADE_Junio12.pdf?sequence=1. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

¹⁸⁴ MORRIS, J. y VARGAS, M. (2005). *Gestión del Cambio en Enfermería*. Universidad Rómulo Gallego, San Juan de los Morros Estado de Guárico, Maracay, Venezuela, pág.1.

¹⁸⁵ MORRIS, J. y VARGAS, M. (2005). *Gestión del Cambio en Enfermería*. Universidad Rómulo Gallego, San Juan de los Morros Estado de Guárico, Maracay, Venezuela, pág.2.

¹⁸⁶ MORRIS, J. y VARGAS, M. (2005). *Gestión del Cambio en Enfermería*. Universidad Rómulo Gallego, San Juan de los Morros Estado de Guárico, Maracay, Venezuela, pág.3.

liderazgo como: solución de problemas, toma de decisiones, competencia interpersonal, capacidad de trabajar con otros grupos y de manera individual.

Los agentes de cambio pueden utilizar diversos pasos en el proceso como articular una necesidad clara para el cambio; hacer que el grupo participe, dejando los detalles para quienes aplicarán el cambio; “obtener información confiable y detalles para quienes lo aplicarán; motivar mediante recompensa y beneficios para ayudar al cambio; no prometer nada que no pueda cumplirse.”¹⁸⁷

Debe estar alerta a las señales de que es necesario el cambio, ya que es quien reconoce la necesidad del cambio y lo dirige.

Los cambios planificados surgen de la necesidad de romper con el equilibrio existente, para transformarlo en otro mucho más provechoso. En este proceso de transformación “las fuerzas deben quebrar con el equilibrio, interactuando con otras fuerzas que tratan de oponerse (resistencia al cambio),”¹⁸⁸ es por ello que cuando se plantea un cambio en la organización, se debe prever un conjunto de tareas para tratar de minimizar esta interacción de fuerzas.

2.9. Ventajas e Inconvenientes en la Implementación de la Gestión Estratégica por Procesos en las Organizaciones

Al centrar la atención en los resultados del proceso, no en las actividades, la organización pasa de ser un conjunto de departamentos a una serie de personas que intervienen en uno o varios procesos. Los beneficios¹⁸⁹ que aporta serían:

- Mejora la competitividad de la Institución.
- Reconoce la existencia de procesos internos.
- Mide el proceso en relación con el valor añadido percibido por el cliente.
- Identifica las necesidades del cliente tanto interno como externo y orienta la empresa hacia su satisfacción.

¹⁸⁷ MORRIS, J. y VARGAS, M. (2005). *Gestión del Cambio en Enfermería*. Universidad Rómulo Gallego, San Juan de los Morros Estado de Guárico, Maracay, Venezuela, pág.3.

¹⁸⁸ MORRIS, J. y VARGAS, M. (2005). *Gestión del Cambio en Enfermería*. Universidad Rómulo Gallego, San Juan de los Morros Estado de Guárico, Maracay, Venezuela, pág.5.

¹⁸⁹ ARP CALIDAD. (2013). *Los Beneficios de la Gestión por Procesos*. Disponible en <http://arpcalidad.com/los-beneficios-de-la-gestion-por-procesos/> Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

-
- Las actividades realizadas y la toma de decisiones están muy próximas al cliente.
 - Establece responsables de cada proceso.
 - Establece objetivos e indicadores para cada proceso.
 - Reduce el tiempo del proceso.
 - Mide el grado de satisfacción del cliente.
 - Promueve la mejora continua de los procesos. A los efectos de mejorar los errores detectados en los procesos.
 - Reduce costes internos innecesarios y distribuye los recursos más eficientemente.

En cuanto a la dificultad no estriba en la forma de gestionar una organización, sino en el cambio de actitud de las personas. Los cambios de comportamiento, especialmente en mandos y directivos, necesarios para gestionar los procesos que se resumen¹⁹⁰ en:

- Orientación externa hacia el cliente, frente a orientación interna al producto o servicio.
- Fusionar en las personas pensamiento y acción de mejora frente a la lógica tradicional. No se trata de trabajar más sino de trabajar de otra manera.
- Compromiso con resultados frente a cumplimiento.
- Procesos y clientes frente a departamentos y jefes.
- Participación y apoyo frente a jerarquización y control.
- Responsabilidad sobre el proceso frente a autoridad jerárquica funcional.

La implementación de la Gestión Estratégica por Procesos (GEP) requiere formular una nueva gestión global de la organización sanitaria “Para que el desarrollo de la nueva visión se realice con éxito, es fundamental, entre otras actividades, diseñar líneas estratégicas que minimicen las resistencias al cambio.”¹⁹¹ Un primer paso para saber si la implementación de la GEP es viable,

¹⁹⁰ NOVA VISIÓN EMPRESARIAL. (2013). *Noticias y Perspectivas. Principios Fundamentales de la Gestión por Procesos.* Disponible en http://www.novavision.com.co/noticia2_gestion_por_proyectos.html. Fecha de acceso: 28 de julio de 2013.

¹⁹¹ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos.* Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 120.

es saber y comprender los principales inconvenientes y ventajas de su implementación.

Aporta los siguientes beneficios:

- Facilita la evidencia enfermera en los procesos operativos. La aplicación “metodológica de la GEP posibilita la práctica enfermera basada en la evidencia. El diseño de las tareas reduce riesgos en el paciente”¹⁹² ya que describe las acciones, lo que permite minimizar la variabilidad en la práctica clínica.
- Orientación al cliente principal. El diseño del proceso considera prioritario al cliente. En los procesos operativos el paciente es el centro de los objetivos, “se trabaja según sus necesidades y expectativas. En los procesos de gestión, se tiene en cuenta las necesidades de los profesionales de enfermería de base por parte de los mandos.”¹⁹³
- Mejora del conocimiento. Se crean oportunidades colectivas e individuales en mejora del conocimiento.
- Se puede medir y evaluar el desempeño enfermero. Facilita herramientas para “introducir el sistema experto. Que es aquel que puede medir y evaluar su desempeño y tomar decisiones al respecto.”¹⁹⁴
- Orienta a la calidad. Se facilita la gestión de calidad, se generan retos de mejoras y se tiene referencias claras de la estrategia que se persigue, el Modelo Europeo de Excelencia (EFQM).

Y los principales obstáculos expresados para poder implementar la GEP:

- Resistencia al cambio. Cuando “los profesionales no están suficientemente motivados e incentivados se genera una actitud de pasividad frente a cualquier innovación que se pretende introducir.”¹⁹⁵

¹⁹² MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 122.

¹⁹³ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 122.

¹⁹⁴ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 122.

¹⁹⁵ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 121.

-
- Falta de tiempo. La gestión estratégica por procesos conlleva un esfuerzo importante en su diseño. “Exige disponibilidad de tiempo y por lo general, desde la dirección no se facilita el espacio de tiempo necesario dentro de las jornadas laborales para comentarlo.”¹⁹⁶
 - Necesidad de formación. La GEP supone un cambio importante en la manera de enfocar el desempeño enfermero. “Se introducen elementos nuevos que necesitan ser interiorizados en la cultura organizativa mediante la comunicación y la formación del personal.”¹⁹⁷
 - Percepción de un incremento de las cargas de trabajo. Cuando se procede a estandarizar un proceso y se crea una guía de trabajo, se produce una reacción de resistencia por la creencia de que aumenta la carga de trabajo. “No obstante, la experiencia demuestra que las cargas se ajustan a las necesidades y en ningún caso supone incremento de trabajo.”¹⁹⁸
 - Ausencia de sistemas de soporte informático. La aplicación de la GEP implica el manejo de un volumen importante de información que requiere ser procesada automáticamente. “En la actualidad, los sistemas informáticos introducidos en los hospitales y centros de salud no han desarrollado aplicaciones enfocadas a este contexto.”¹⁹⁹ Esto implica que las herramientas necesarias (base de datos y programas) haya que confeccionarlas con recursos muy limitados.
 - Prevalencia de una estructura organizativa jerarquizada. No existe un reconocimiento normativo de la figura del coordinador de procesos. “Su función queda supeditada a una delegación de la dirección, haciéndose

¹⁹⁶ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 121.

¹⁹⁷ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 121.

¹⁹⁸ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 122.

¹⁹⁹ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 122.

necesario un acuerdo de convivencia y reparto de funciones gestoras entre mandos jerárquicos y gestor de procesos.”²⁰⁰

- Falta de cultura de la Gestión Integrada entre diferentes organizaciones en los procesos. Una correcta Gestión Estratégica consistiría en lograr la integración de todas las organizaciones implicadas en el proceso, médica, logística y enfermera; que no siempre se consigue.

²⁰⁰ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 122.

CAPITULO III - DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño Metodológico

3.1.1. Tipo de Estudio

Es un estudio transversal con un componente cualitativo para la evaluación de la calidad de gestión en los Centros de Atención Primaria de la Salud de la Ciudad de Posadas.

La presente investigación tiene dos componentes, el análisis de la información obtenidas de las entrevistas a los Responsables de los 8 CAPS existentes en la Ciudad de Posadas y la información obtenida a través de la aplicación de las encuestas a los Usuarios que fueron atendidos en dichos Centros de Atención.

3.1.2. Población

El punto de partida de la investigación ha sido la identificación de la Población objeto de estudio, la misma está compuesta por:

- Usuarios Internos: Responsables de los 8 CAPS, en la Ciudad de Posadas, Misiones, en el mes de julio de 2011 y
- Usuarios Externos: Pacientes que se atendieron en los 8 CAPS que funcionan en la Ciudad de Posadas Misiones, en el mes de julio de 2011.

En este marco, esta investigación utilizó las entrevistas en profundidad para relacionarse con los usuarios internos, que se realizaron a cada uno de los 8 Responsables de los CAPS.

Y una encuesta para los usuarios externos de los Centros de Salud perteneciente a la Municipalidad de la ciudad de Posadas, Misiones; es decir, a las personas que concurrieron a recibir atención en los mismos. El método utilizado, para concretar la encuesta, fue el muestreo por cuotas. Este muestreo se asienta sobre la base de un buen conocimiento de los estratos de la población, motivo por el cual se analizaron los Registros de Atención de cada uno de los Centros y se observó que en cada CAPS existen 4 especialidades de atención (generalista, ginecología, pediatría y odontología) y que cada una de ellas atiende por día a la misma cantidad de personas (20 pacientes en total). En base a este

dato la cuota se determinó por especialidad médica y quedó determinada de la siguiente manera:

- Generalista 10 Usuarios.
- Ginecología 10 Usuarios.
- Pediatría 10 Usuarios.
- Odontología 10 Usuarios.

Determinada la cuota se eligió a 10 usuarios de cada estrato para realizar la encuesta, es decir a aquel usuario que asistió ese día al CAPS para ser atendido, por ejemplo, por el médico Generalista, Ginecólogo, por el Pediatra u Odontólogo. Cabe acotar que las encuestas se realizaron durante cuatro días consecutivos, en la semana del 18 al 21 de julio de 2011 de la siguiente manera.

- Generalista 10 Usuarios que se encuestaron el día 18 de julio.
- Ginecología 10 Usuarios que se entrevistaron el día 19 de julio.
- Pediatría 10 Usuarios que se entrevistaron el 20 de julio.
- Odontología 10 Usuarios que se entrevistaron 21 de julio.

Se realizó un diseño de los cuestionarios utilizados,²⁰¹ para poder dar respuestas a las preguntas elaboradas a los fines de corroborar o contrastar la hipótesis planteada.

3.1.3. Instrumentos de Recolección de Datos

3.1.3.1. Datos Primarios

Se utilizó las siguientes técnicas de obtención de datos:

a. Entrevistas

Entrevistas personales en profundidad. A los Usuarios Internos, a través de un cuestionario estructurado previamente elaborado.

b. Encuestas

Se realizaron a los Usuarios Externos, a las personas que utilizan el servicio del Centro de Atención Primaria de la Salud.

Luego de la recopilación de datos se pasó a la fase del tratamiento de los mismos, en la que se analizó e interpretó la información obtenida.

²⁰¹ Ver: Anexo II Entrevista y Encuesta.

-
- Para las entrevistas se elaboraron las conclusiones en función a las respuestas de cada uno de los Responsable de los Centros.
 - Para el análisis de los resultados de las encuestas se realizó la codificación y el volcado de los mismos a una matriz de datos, utilizando el software estadístico SPSS versión 11.5 para analizar cada una de las variables, lo que permitió interpretar los resultados obtenidos y elaborar conclusiones a modo de propuestas superadoras.

3.1.3.2. Datos Secundarios

Los datos secundarios utilizados fueron:

Bibliografía: Libros, Trabajos y Artículos Científicos de autores especialistas en el tema y en el ámbito online, en Publicaciones Científicas específicas y los registros de atención en cada uno de los CAPS.

Para conocer la situación sociodemográfica de la población bajo estudio, se analizó la información proveniente del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, del Instituto Provincial de Estadísticas y Censos y del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.

3.1.4. Variables Analizadas

Para la Entrevista al Responsable de cada CAPS se tomaron variables de identificación institucional y laboral; además se estudiaron cinco factores que permitieron conocer y evaluar la modalidad de gestión y a la vez detectar el grado de involucramiento y apoyo de todo el personal a posibles cambios en la gestión.

- I. Organización de Inicio. Conocer de qué manera fue organizada y gestionada el sistema de salud municipal desde sus inicios.
- II. Estructura Orgánica y Funcional. Conocer la estructura orgánica y funcional del actual sistema de salud municipal.
- III. Recursos Humanos. Conocer las especialidades profesionales que brindan servicios y la situación laboral.
- IV. Gestión. Conocer la modalidad de gestión de cada Centro de Atención.

- V. Grado de Involucramiento. Conocer el grado de compromiso y conocimiento de la problemática de la comunidad que posee el personal. Detectar el grado de involucramiento y de apoyo del personal y de los directivos, en el caso de introducir cambios sustanciales en la forma de gestión.

La definición de las variables a analizar se traduce en la matriz de variables, Tabla 3.

Tabla 3. Variables a Analizar en la Entrevista

Variables		Indicadores	
Principal	Secundaria	Identificación	Categoría
Identificación del CAPS Municipal			
Entidad	Identificación del Centro	Conocimiento	Ubicación Geográfica
	Responsable	Información	Responsabilidad Jerárquica
	Cargo	Información	Función Jerárquica
I. Organización de Inicio			
Organización	Creación	Información	Fecha de creación
	Implementación	Información	Decreto Resolución
II. Estructura Orgánica y Funcional			
Estructura Orgánica	Dependencia Orgánica Institucional	Organización	Dependencia Municipal
	Organigrama del Centro	Organización	Organigrama
Estructura Funcional	Atención	Funcionamiento	Horario de Atención
	Personal	Funcionamiento	Cantidad
III. Recursos Humanos			
Recursos Humanos	Del Centro	Especialidades	Generalista Ginecólogo/Obstetra Partera Pediatra Otras Especialidades Médico Comunitario Odontología Servicio de Salud Mental Servicio de Laboratorio Servicio de Asistencia Social

Modelo de Gestión Estratégica por Procesos para los Centros de Atención Primaria de la Salud del Municipio de la ciudad de Posadas, Misiones

			Servicio de Farmacia
			Atención de Enfermería: Profesionales Auxiliares
			Otros Servicios: Agentes Sanitarios Promotores de Salud
			Becarios/Pasantes Servicios Administrativos Servicios de Traslados Servicios de Limpieza y Mantenimiento
	Situación laboral	Gestión	Planta permanente Con relación de dependencia Sin relación de dependencia Monotributista
IV. Gestión			
Objetivos	Objetivo del Centro	Gestión	Listado de Objetivos
	Indicadores Sanitarios	Gestión	Tipos
	Planificación	Gestión	Acciones a Ejecutar
Recursos Financieros	Origen	Gestión	Propios
			Externos (específicos)
			Cooperadoras
			Donaciones
			Otros
	Remuneración del Personal Recursos propios	Gestión	Si No
Características de la Atención	Médicos especialistas	Gestión	Frecuencia de atención
	Guardia Médica	Gestión	Si No
	Enfermería	Gestión	Nivel Actividad
	Capacitación del Personal	Gestión	Porcentaje del personal capacitado
	Programas de Salud	Gestión	Nacionales Provinciales

Modelo de Gestión Estratégica por Procesos para los Centros de Atención Primaria de la Salud del Municipio de la ciudad de Posadas, Misiones

			UNICEF
			Otros
Tecnología	De Comunicación	Gestión	Teléfono
			Internet
	Necesarios para la atención	Gestión	Médicos
			Odontológicos
			Rayos X
			Laboratorio
			Otros
Cobertura	Área de Cobertura	Gestión	Barrios
			Embarazadas bajo control
Estadísticas	Estadísticas relevante	Gestión	Niños < a 6 años bajo control
			Diabéticos bajo control
			Hipertensos bajo control
			Vacunación
			Normas escritas de control
	Formularios	Gestión	Historia Clínica
			Libretas Sanitarias
	Planillas	Gestión	Consultas diarias
			De enfermería
			Apoyo nutricional
			Notificación y Vigilancia
			Epidemiológica
			Plan Nacer
			RUSMI
			Remediar Misionero
			Remediar
			Certificación
			Becarios/
			Pasantes
Cobertura	Población atendida	Gestión	Cantidad
Causa de la Consulta	Motivo	Gestión	Niños
			Jóvenes
			Adultos
Referencia	Referencia a un nivel de salud de mayor complejidad	Gestión	Conexión
Control	Supervisión	Gestión	Municipalidad
			Ministerio de Salud Pública
			de la Misiones

Modelo de Gestión Estratégica por Procesos para los Centros de Atención Primaria de la Salud del Municipio de la ciudad de Posadas, Misiones

Insumos	Insumos básicos	Gestión	Vacunas
			Jeringas/aguja descartables
			Apoyo nutricional
			Remediar
			Remediar Misionero
			Insumos del Programa Salud Sexual y Procreación Resp.
V. Grado de Involucramiento con el Centro			
Grado de Involucramiento	Situación de la Gestión	Nivel de Involu- cramiento, Directivos y Personal CAPS	Recursos Humanos Equipamiento Insumos Infraestructura Población a atender Cambio en la forma de Gestión
	Situación socio- económica y sanitaria Del área de cobertura	Nivel de Involucr. Directivos y Personal CAPS	Situación socioeconómica Situación sanitaria
	Población que posee cobertura social	Nivel de Involucr. Directivos y Personal CAPS	Proporción de la población bajo el área de cobertura
	Actividades Comunitarias	Nivel de Involucr. Directivos y Personal CAPS	Recorrido del área De cobertura Temas trabajados
	Visitas domiciliarias	Nivel de Involucr. Directivos y Personal CAPS	Programadas Recordatorias
	Situaciones conflictivas personales de la pobla- ción bajo cobertura	Nivel de Involucr. Personal CAPS	Compromiso con la Comunidad

Fuente: Elaboración propia

Para la Encuesta a los Usuarios Externos de cada Centro de Atención se tomaron variables referidas a los factores particulares del Encuestado, como así también se analizaron tres factores que permitieron conocer y evaluar la demanda, la opinión y percibir el grado de satisfacción del paciente por la atención recibida en el Centro de Salud.

- I. Demanda. Conocer que demandan los usuarios externos del servicio brindado por cada uno de los CAPS
- II. Opinión. Conocer la opinión de los usuarios externos sobre los servicios brindados
- III. Grado de satisfacción de sus expectativas y necesidades. Percibir el grado de satisfacción de las expectativas y necesidades del usuario que concurre a recibir una atención al Centro de Salud.

La definición de las variables a analizar se traduce en la matriz de variables, Tabla 4.

Tabla 4. Matriz de Variables de las Encuestas

Principal	Variables		Indicadores	
	Secundaria	Identificación	Medida	Categoría
Particularidades del Encuestado				
Usuario	Identificación por Sexo	Sexo	Nominal	Femenino Masculino
	Situación Laboral	Ocupación	Nominal	Ama de Casa Servicio Doméstico Obrero Otros
	Procedencia del Usuario de la demanda	Procedencia del paciente	Escala	Barrio Zonas Aledaños
I. Demanda				
Motivos - Causas	Motivos por el cual acuden al CAPS	Causa	Escala	Consulta por la presencia de síntomas de una enfermedad Citas programadas Emergencia Otros
Solución	Solución al problema	Resolución del problema	Nominal	Si No Continúa en Tratamiento
Remedios	Otorgamiento de Remedios Recetados	Proporcionar los Remedios	Nominal	Si No No le recetaron
II. Opinión				
Accesibilidad a la Atención	Atendido sin dificultad por el personal del Centro	Acceso a la Atención del CAPS	Nominal	Si No
Accesibilidad a Cita y consulta	Tiempo para conseguir una cita y acceder a la consulta	Tiempo de Acceso	Nominal	Mucho Regular Poco
Oferta de Médicos	Suficiencia de la oferta	Cantidad	Nominal	Si

Modelo de Gestión Estratégica por Procesos para los Centros de Atención Primaria de la Salud del Municipio de la ciudad de Posadas, Misiones

		Suficiente de Médicos		No Regular
Recursos Humanos	Cantidad	Cantidad Suficiente de RR HH	Nominal	Enfermeros Administrativos De apoyo Asistente Social
III. Grado de satisfacción de sus expectativas y necesidades				
Atención y Funcionamiento General del CAPS	Atención del Personal y Funcionamiento del Centro de Salud	Atención y Funcionamiento	Ordinal	Muy buena Buena Regular Mala
Atención Médica	Atención relación médico-paciente	Atención del Profesional Médico	Ordinal	Muy buena Buena Regular Mala
Satisfacción por los Servicios brindados	Satisfacción por la estructura edilicia, limpieza, apariencia y comodidad	Opinión sobre la estructura, Edilicia, limpieza, apariencia y comodidad	Ordinal	Muy buena Buena Regular Mala

Fuente: Elaboración propia

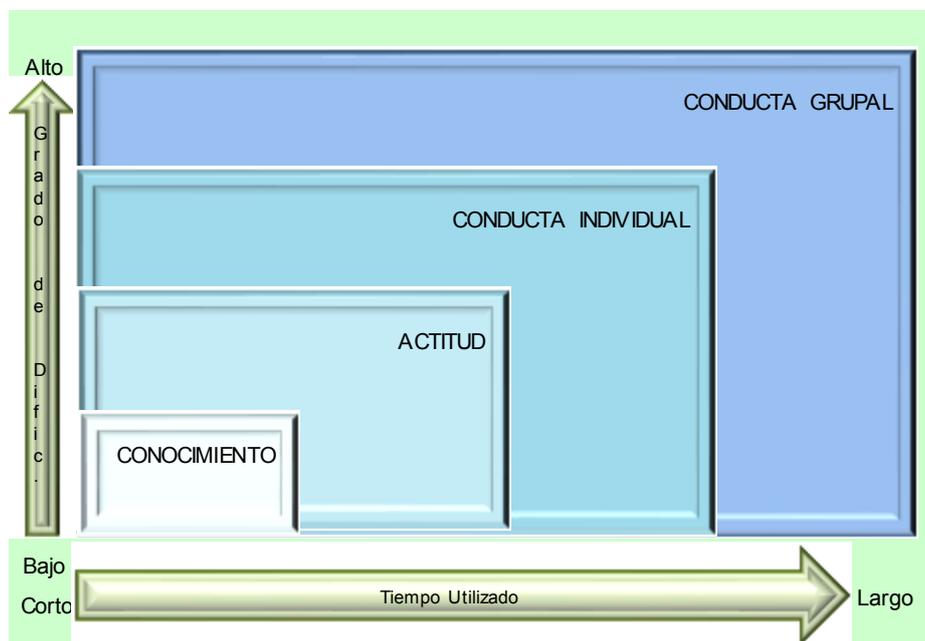
3.1.5. Modelo

El cambio planificado es la decisión de concretar un gran esfuerzo para mejorar el sistema. Morris y Vargas expresan que al respecto “Hersey y Blanchard (1993) visualizaron el cambio a partir de cuatro niveles: conocimiento, actitudes, conducta individual y desempeño de grupo. Estos niveles pueden graficarse de abajo hacia arriba,²⁰² según la dificultad y el tiempo transcurrido para lograr el cambio, Gráfico 1. Si se parte del conocimiento hay menor dificultad de tiempo en el proceso de cambio, las actitudes son más difíciles de cambiar porque tienen incorporado el aspecto emocional. La conducta individual implica el siguiente cambio más difícil y el cambio de tiempo es más intensivo. La conducta del grupo y los cambios en el desempeño son los más difíciles y toman más tiempo. “El cambio de la conducta individual toma más tiempo, pero es más difícil cambiar la conducta grupal, porque el grupo no cambia a menos que los individuos cambien.”²⁰³

²⁰² MORRIS, J. y VARGAS, M. (2005). *Gestión del Cambio en Enfermería*. Universidad Rómulo Gallego, San Juan de los Morros Estado de Guárico, Maracay, Venezuela, pág.3.

²⁰³ MORRIS, J. y VARGAS, M. (2005). *Gestión del Cambio en Enfermería*. Universidad Rómulo Gallego, San Juan de los Morros Estado de Guárico, Maracay, Venezuela, pág.3.

Gráfico 1. Tiempo y Dificultad del Cambio



Fuente: Elaboración propia en base a Velásquez²⁰⁴

En todas las instituciones donde se trata de introducir un cambio presentan un equilibrio dinámico de fuerzas que actúan unas contra otras, “el conjunto de fuerzas conduce la situación a un cambio previsto, pero fuerzas contrarias tratan de impedir el movimiento hacia el cambio anticipado.”²⁰⁵ Cuando estas dos fuerzas tienen la misma magnitud que produce un cuasi equilibrio, se trata de un proceso que altera el statu quo, si se cambia cualquiera de las fuerzas que intervienen.

Las fuerzas impulsadoras se encuentran en el deseo de mejorar el desempeño, “en la decisión de efectuar el esfuerzo por tratar de utilizar todo el potencial y en la evaluación integrada de los objetivos a la luz de nuevas exigencias.”²⁰⁶

²⁰⁴ VELÁSQUEZ, H. (2007). *Evaluación de Políticas Organizacionales del Sector Público en el Desarrollo de la Enfermería de Misiones*. UNAM, Facultad de Ciencias Económicas, Doctorado en Administración, Tesis Doctoral, Octubre de 2007, pág. 213.

²⁰⁵ MORRIS, J. y VARGAS, M. (2005). *Gestión del Cambio en Enfermería*. Universidad Rómulo Gallego, San Juan de los Morros Estado de Guárico, Maracay, Venezuela, pág.5.

²⁰⁶ MORRIS, J. y VARGAS, M. (2005). *Gestión del Cambio en Enfermería*. Universidad Rómulo Gallego, San Juan de los Morros Estado de Guárico, Maracay, Venezuela, pág.6.

Evidentemente la complejidad del cambio aumenta cuanto mayor es su magnitud y menor la disposición a “cambiar en los sujetos de cambio. A mayor complejidad, mayor es la necesidad de generar una estructura que sustente el cambio y mayores deben ser los recursos dedicados al proceso.”²⁰⁷

En este contexto se adopta como modelo para la propuesta, que se corresponde con la concientización del cambio a introducir en la gestión del Centro de Atención hacia la gestión por procesos; a Morris y Vargas.

Las “organizaciones que cobrarán relevancia en el futuro serán las que descubran cómo aprovechar el entusiasmo y la capacidad de aprendizaje de la gente en todos los niveles de la organización.”²⁰⁸

Una organización en aprendizaje es aquella que se basa en la idea de que hay que aprender a ver la realidad con nuevos ojos, detectando ciertas leyes que nos permitan entenderla y manejarla. Este enfoque considera que todos los miembros de la organización son elementos valiosos, capaces de aportar mucho más de lo que comúnmente se cree.

Éste tipo de organización, busca asegurar constantemente que todos los miembros del personal estén aprendiendo y poniendo en práctica toda su capacidad. Esto es, la capacidad de comprender la complejidad, de adquirir compromisos, de asumir su responsabilidad, de buscar el continuo auto-crecimiento, de crear sinergias a través del trabajo en equipo.

Las organizaciones inteligentes son aquellas que reconocen en el aprendizaje a la principal herramienta competitiva.

Las herramientas necesarias para lograr este aprendizaje se basan en cinco disciplinas:

Individuales

- Pensamiento Sistémico. Está basado en la dinámica de sistemas y es altamente conceptual. Es un “cuerpo de conocimientos y herramientas que

²⁰⁷ MORRIS, J. y VARGAS, M. (2005). *Gestión del Cambio en Enfermería*. Universidad Rómulo Gallego, San Juan de los Morros Estado de Guárico, Maracay, Venezuela, pág.7.

²⁰⁸ SENGE, P. (1998). *La Quinta Disciplina. Cómo impulsar el aprendizaje en la organización inteligente*. Editorial Juan Granica SA, Segunda Edición en Castellano, España, pág. 12.

se ha desarrollado en los últimos cincuenta años, para que los patrones totales resulten más claro y para ayudar a modificarlos.”²⁰⁹ Suponen una visión del mundo extremadamente intuitiva.

- Dominio personal. Es la disciplina “que permite aclarar y ahondar continuamente nuestra visión personal, concentrar las energías, desarrollar paciencia y ver la realidad objetivamente. Es una piedra angular de la organización inteligente, su cimiento espiritual.”²¹⁰
- Modelos mentales. Son supuestos arraigados, generalizaciones e imágenes de los que tenemos poca conciencia. Trabajar con ellos supone “volver el espejo hacia adentro: aprender a exhumar nuestras imágenes internas del mundo, para llevarlas a la superficie y someterlas a un riguroso escrutinio”²¹¹

Colectivos

- Construcción de una visión compartida. Brinda concentración y energías para el aprendizaje. No se puede imaginar la mayoría de los progresos importantes de cualquier organización sin la visión compartida. “Cuando hay una visión genuina (muy opuesta a la familiar formulación de visión), la gente no sobresale ni aprende porque se le ordenen sino porque lo desea.”²¹²
- Aprendizaje en equipo. La “disciplina del aprendizaje en equipo comienza con el diálogo, la capacidad de los miembros del equipo para suspender los supuestos e ingresar en un auténtico pensamiento conjunto.”²¹³

²⁰⁹ SENGE, P. (1998). *La Quinta Disciplina. Cómo impulsar el aprendizaje en la organización inteligente*. Editorial Juan Granica SA, Segunda Edición en Castellano, España, pág. 16.

²¹⁰ SENGE, P. (1998). *La Quinta Disciplina. Cómo impulsar el aprendizaje en la organización inteligente*. Editorial Juan Granica SA, Segunda Edición en Castellano, España, pág. 16.

²¹¹ SENGE, P. (1998). *La Quinta Disciplina. Cómo impulsar el aprendizaje en la organización inteligente*. Editorial Juan Granica SA, Segunda Edición en Castellano, España, pág. 18.

²¹² SENGE, P. (1998). *La Quinta Disciplina. Cómo impulsar el aprendizaje en la organización inteligente*. Editorial Juan Granica SA, Segunda Edición en Castellano, España, pág. 18.

²¹³ SENGE, P. (1998). *La Quinta Disciplina. Cómo impulsar el aprendizaje en la organización inteligente*. Editorial Juan Granica SA, Segunda Edición en Castellano, España, pág. 18.

A los efectos de acompañar al proceso de cambio que se requiere para dirigir a la organización hacia la gestión por procesos, se incorpora a la propuesta el concepto de la organización inteligente, adoptándose para concretarlo a Senge.

La aplicación de la Gestión Estratégica por Procesos en la organización consiste en el despliegue sistematizado de cuatro fases sucesivas y coordinadas con sus correspondientes etapas:

Fase 0. Movilización de la Organización.

- Formación de un equipo y planificación del proyecto.
- Identificar los procesos de la organización y realizar el mapa.
- Priorizar los procesos.
- Designación del coordinador del proceso.

Fase 1. Estabilizar el proceso.

- Definir el proceso y establecer sus límites.
- Identificar las expectativas y necesidades de los clientes.
- Definir los flujos de entrada y salida.
- Diagramar el proceso.
- Estimar los costes.
- Establecer las métricas: indicadores y estándares.
- Describir la guía clínica/plan de cuidados.

Fase 2. Control de gestión del proceso. Resultados.

- Monitorizar indicadores y cuadros de mandos.
- Evaluación de procesos.

Fase 3. Mejora del Proceso.

- Mejora continua: programas de mejora gradual de calidad.
- Mejora radical: reingeniería de procesos.

La fase de movilización, es la fase 0 de la GEP, es el inicio de la gestión por procesos. Su objetivo es que la Dirección, convoque a las personas dispuestas a implicarse en la mejora de la calidad de los servicios que se les presta a los clientes. Comienza con la formación de equipos funcionales de alto rendimiento, que planifica el proyecto pertinente. "Culminado el proyecto, el equipo se deshace

y sus componentes se integran en otros proyectos”²¹⁴ Así el proyecto pasa a ser un plan de calidad y será la comisión de calidad de la institución quien asuma la responsabilidad del seguimiento.

Los procesos de una organización se dividen por grados y niveles, así se ubican procesos en el más alto nivel denominados estratégicos, de los cuales se van a derivar los procesos de gestión y logísticos y los procesos claves.

El mapa de procesos representa las relaciones entre los procesos de una organización, estructurándose por niveles o grados de funciones con sus interconexiones. Comprende a los procesos y subprocesos que desempeña una organización en el contexto donde actúa.

Posteriormente se seleccionan los procesos que deben ser prioritarios para la organización. Identificado y realizado el mapa de procesos, importante es definir cuáles son los primeros en ser abordados. La priorización debe ser una decisión consensuada por el equipo de trabajo para que todos se sientan implicados en la elección de los procesos hacia donde van a dirigir sus esfuerzos.

Para concluir con esta fase es necesario designar al coordinador del proceso que es “la persona formalmente identificada para asumir la responsabilidad global de la GEP y, debe contar con las atribuciones y la delegación del poder necesario para garantizar la eficacia del proceso.”²¹⁵

La fase de estabilización, es la fase 1 de la GEP. Implica la comprensión del proceso por parte del equipo, proveedores y de los clientes del proceso. El propósito es tener bajo control al proceso, que esté documentado y entendido. Un proceso estará bien documentado cuando ha cumplimentado por escrito su misión; sus límites inicial y final; las expectativas de los clientes; los flujos de entrada y salida; se ha diagramado las posibles conexiones con otros procesos; se ha estimado su coste y se han definido las métricas de rendimiento, indicadores y estándares.

²¹⁴ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 131.

²¹⁵ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 166.

La fase de control de gestión del proceso, es la fase 2 de la GEP. Esta fase trata de establecer, “una vez estandarizado el proceso, un procedimiento basado en la evaluación de las medidas de rendimiento entre el funcionamiento de sus elementos estructurales y los resultados que se están obteniendo,²¹⁶ para conocer su nivel de beneficio y establecer medidas correctivas de ser necesario.

La monitorización de los procesos es la medición sistemática, continuada y planificada de los aspectos relativos a los servicios, para controlar entre el nivel que se está, con los criterios y estándares prefijados para el proceso.

La utilidad principal del cuadro de mando es posibilitar la evaluación sostenida del proceso y facilitar las decisiones.

La evaluación de la Gestión por Procesos es “una función que consiste en determinar de manera sistemática y objetiva la relevancia, efectividad o impacto de las actividades diseñadas en el proceso en relación a su misión y objetivo.”²¹⁷

La fase de mejora de la calidad, es la fase 3 de la GEP. La mejora de los procesos viene implícito con el desarrollo de cada una de las fases anteriores, pero la profundización en su mejora puede darse de manera gradual o permanente, que persigue como objetivo la calidad total, se utiliza para rectificar determinados defectos de los procesos existentes; porque una vez superados los problemas que puedan tener su causa en la organización, se recurre a la identificación de problemas, que serán considerados como oportunidades de mejoras. Y la mejora radical, que aborda el proceso de raíz, se utiliza para crear o cambiar totalmente el proceso.

Con el propósito de incorporar a la propuesta la metodología de la Gestión Estratégica por Procesos, se adopta a Mora Martínez.

Respecto a la evaluación. La calidad es un concepto sometido a evaluación permanente. La gestión de la calidad total como “estrategia de gestión, tiene el propósito de conseguir la mejor práctica posible (excelencia) para satisfacer a

²¹⁶ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 129.

²¹⁷ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 222.

todos los integrantes del entorno institucional: clientes, empleados, sociedad propietarios.”²¹⁸

La gestión mediante la aplicación de un modelo de calidad total supone un proceso de cambio en el marco de la gestión del conocimiento de las organizaciones, que en el marco del contexto operativo se orienta a: dar respuesta coherente a las necesidades de los clientes; a conseguir la máxima satisfacción; que la dirección y los empleados se impliquen en la gestión de la empresa mediante la comprensión del modelo; a perseguir la forma continuada en la producción de los procesos de la organización; a que se evalúe la situación de cada una de las áreas que componen las organizaciones.

En este sentido se adoptará para la evaluación del Modelo a proponer, el Modelo Europeo de Calidad: European Foundation for Quality Management, se trata de un “modelo no normativo, cuyo concepto fundamental es la autoevaluación, basada en el análisis detallado del funcionamiento del sistema de gestión de la organización usando como guía los criterios del modelo.”²¹⁹ Está constituido por nueve criterios integrados para poder desarrollar la autoevaluación, compuesto por dos grupos de criterios: agentes y resultados.

La utilización sistemática del modelo por parte de los equipos directivos permite el establecimiento de planes de mejora basados en hechos objetivos, además logra una visión común sobre las metas y la identificación de las herramientas que se deben utilizar.

3.2. Diagnóstico

3.2.1. Política Sanitaria

La provincia de Misiones tiene definida una política sanitaria de salud que parte de la base, que la salud, es una cuestión y política de Estado; que entiende a la salud como el estado de “bienestar físico, mental y social de cada individuo

²¹⁸ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 228.

²¹⁹ MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003, pág. 228.

para así avanzar en el afianzamiento de la dimensión política de la salud en su rol protagónico en el proceso de desarrollo.”²²⁰

Este enfoque requiere trabajar en el cambio de 4 paradigmas:

- “Hablar de Salud en lugar de Enfermedad.
- Política Sanitaria de Estado en lugar de política partidaria y de Gobierno.
- Rol regulador del Estado en lugar de su rol activo.
- Subsidiar a la demanda en lugar de la oferta.”²²¹

Esta política se enmarca y respalda por la interacción de cuatro modelos, que operando en distintos niveles contribuyen al mismo fin.

El Modelo de Atención. El principio organizador del sistema provincial se basa en la APS, respetando los criterios de equidad, eficiencia, eficacia, solidaridad.

El Modelo de Gestión. Se basa en la descentralización de los servicios hospitalarios. Así las estructuras administrativas desarrollarán capacidades de gestión como si fuera una estructura privada, tanto para los recursos humanos como financiero, buscando la eficacia en los servicios que prestan y la eficiencia en los costos económicos.

El Modelo de Calidad de Atención Médica y Servicios Sanitarios. Se basa en la aplicación de normas de garantías de calidad. La calidad abarca a los otros 3 modelos y es entendida como la satisfacción del usuario y el ejercicio sin obstáculos de su derecho a la salud.

El Modelo de Financiamiento. Lleva a los hospitales de autogestión al concepto de arancelamiento como recupero de costos y a una equitativa aplicación de esos fondos. Este modelo apunta al Seguro Provincial de Salud cuyo objetivo final es terminar con la exclusión social.

²²⁰ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2010). *Política Sanitaria Provincial*. Disponible en http://www.salud.misiones.gov.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=69
Fecha de acceso: 20 de agosto de 2010.

²²¹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2010). *Política Sanitaria Provincial*. Disponible en http://www.salud.misiones.gov.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=69
Fecha de acceso: 20 de agosto de 2010.

3.2.2. Ley de Salud

Para concretar la política definida, el 13 de Septiembre de 2007 la Cámara de Representantes de la Provincia aprobó por unanimidad, la Ley Provincial de Salud N° 4388,²²² hoy denominada, por el Digesto Jurídico, Ley XVII N° 58. La misma tiene por objetivo garantizar a todos los habitantes de la Provincia el acceso al mejor nivel de salud y calidad de vida.

Como función del Estado determina que corresponde al Poder Ejecutivo la definición de la política provincial de salud. Reconociendo la responsabilidad primaria del Estado respecto a la salud de la comunidad y a la salud individual como responsabilidad compartida entre el Estado, el individuo y la comunidad.

3.2.2.1. Política de Salud

Los principios básicos que regirán la política de salud en Misiones responden a la universalidad, a principios de equidad, de calidad, de eficiencia, de efectividad, de sustentabilidad, de participación y de integración funcional.

La autoridad de aplicación²²³ debe definir la forma de prestación pública en salud; establecer los servicios básicos de salud que se brindarán gratuitamente; fijar los niveles de atención en salud y los grados de complejidad; establecer la modalidad de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud; implementar un registro único de los prestadores de servicios de salud; participar en la fijación y control de aranceles a través del Nomenclador Provincial de Prestaciones de Servicios de Salud; establecer un sistema de normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para su control; organizar y establecer el régimen de referencia y contrarreferencia de pacientes de distintos niveles.

Serán ejes prioritarios para la prestación de la salud pública provincial la vigilancia epidemiológica y las condiciones sanitarias, los programas de inmunizaciones y la prevención y el control de enfermedades endémicas y epidémica; las acciones de APS; citando algunos de los ejes definidos.

²²² CÁMARA DE REPRESENTANTE DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2007). *Ley Provincial de Salud N° 4388*. Dictamen N° 032/2007-08. Ley XVII N° 58.

²²³ CÁMARA DE REPRESENTANTE DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2007). *Ley Provincial de Salud N° 4388*. Dictamen N° 032/2007-08, Ley XVII N° 58, pág. 2.

Crea el Consejo Provincial de Salud,²²⁴ dependiente del Ministro de Salud, como organismo de debate y propuesta de los grandes lineamientos en políticas de salud, siendo su carácter consultivo, no vinculante.

Instituye el Sistema Provincial de Salud,²²⁵ constituido por las instituciones de la Administración Pública, provincial y municipal, por las personas físicas o jurídicas del sector privado, que presten servicios de salud y por los mecanismos de coordinación de acciones para el cumplimiento de la política provincial de salud. El Sistema Provincial de Salud estará integrado por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia; las redes de Hospitales, Centros de Salud y Programas Sanitarios del Ministerio; por Centros de Salud municipales, de Establecimientos Asistenciales Privados, pertenecientes a Obras Sociales; entidades de Medicina Prepaga; servicios de la Obra Social del Instituto de Previsión Social; Consejo Asesor Provincial de Salud; Colegios Profesionales, Asociaciones, Federaciones y Círculos que agrupan a las personas físicas del arte de curar. Los objetivos del Sistema serán planificar, ejecutar, coordinar y fiscalizar las políticas generales de salud; proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar su calidad; priorizar la constitución de redes y niveles de atención sanitaria.

En cuanto a los sectores y subsectores de Salud, integran el Sector Salud todas las personas físicas o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen la ejecución de las acciones de salud y constituyan el recurso de salud.

El Sector Salud está conformado por los Sub-sectores Estatal y Privado. Siendo su prioridad el fortalecimiento, desarrollo integral y optimización del total de la APS, como modelo de atención a adoptarse en la Provincia.

El primer nivel de atención médica constituye, el conjunto de acciones y servicios para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en especialidades básicas, medicina familiar, tocoginecología, pediatría y de carácter ambulatorio. A tal efecto, debe priorizarse el fortalecimiento de los Centros de Salud como efectores fundamentales del Subsector Estatal y del

²²⁴ CÁMARA DE REPRESENTANTE DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2007). *Ley Provincial de Salud N° 4388*. Dictamen N° 032/2007-08, Ley XVII N° 58, pág. 8.

²²⁵ CÁMARA DE REPRESENTANTE DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2007). *Ley Provincial de Salud N° 4388*. Dictamen N° 032/2007-08, Ley XVII N° 58, pág. 9.

Sistema Provincial de Salud. Son sus objetivos ser la primera alternativa de atención para los pacientes ambulatorios y convertirse en el nivel de seguimiento de los mismos; concretar acciones permanentes de promoción, prevención, atención ambulatoria, internación domiciliaria y toda otra tarea relacionada con el primer nivel; posibilitar a todas las personas el acceso a la capacidad de resolución de su patología de acuerdo a su necesidad de atención, implementando mecanismos de articulación entre distintos niveles y sistematización óptima de mecanismos de referencia y contrarreferencia; asegurar la participación comunitaria en las tareas de promoción y protección de la salud y prevención de enfermedades; priorizar la constitución de equipos de trabajo médico-sanitario de carácter multidisciplinario e intersectorial; desarrollar y ejecutar un sistema adecuado de información sanitaria y vigilancia epidemiológica; implementar un sistema efectivo de identificación de la cobertura de las personas que sean atendidas, realizando la facturación de los servicios a terceros, de acuerdo al modelo de financiamiento vigente; elaborar y elevar a la autoridad de aplicación, el programa anual de gastos y recursos.

El segundo nivel de atención lo constituyen todas las prestaciones de atención especializada ambulatoria o que requieran internación. Debe priorizarse el fortalecimiento de los Centros de Salud Polivalentes, Hospitales Departamentales con capacidad de internación de especialidades básicas y/o que no requieran alta tecnología u Hospitales Monoclínicos. Es objetivo de este nivel el Modelo de Gestión Sanitaria, basado en la descentralización y autogestión de los servicios hospitalarios, que debe canalizar institucionalmente determinadas pautas de organización como configurar la referencia inmediata del nivel de APS; brindar permanentemente los servicios de atención de especialidades médicas de baja y mediana complejidad, de diagnóstico y tratamiento eficaz y oportuno, de rehabilitación y toda otra tarea relacionada con este nivel; estudiar, coordinar y ejecutar prácticas de atención alternativas y no tradicionales, como internación domiciliaria, cirugía no invasiva ambulatoria y hospital de día, que disminuyan el tiempo de internación de los pacientes en los centros asistenciales; posibilitar a todas las personas el acceso a la capacidad de resolución de su patología, implementando mecanismos de articulación entre distintos niveles y

sistematización óptima de mecanismos de referencia y contrarreferencia; priorizar la constitución de equipos de trabajo médico-sanitario de carácter multidisciplinario; participar en forma obligatoria en el desarrollo y ejecución del sistema de información sanitaria y vigilancia epidemiológica; implementar un sistema de identificación de la cobertura de las personas que sean atendidas, realizando la facturación de los servicios a terceros, de acuerdo al financiamiento vigente; elaborar el programa anual de gastos y recursos.

Y por último el tercer nivel de atención se conforma por todas las acciones y servicios de alta complejidad médica y tecnológica, que por su particular naturaleza se erigen en el último escalón de la red de prestaciones médicas.

Este nivel debe posibilitar una óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad, merced a un equipos técnico de profesionales especializados para la atención de este nivel, de acuerdo al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica; consolidar mecanismos efectivos de articulación con otros niveles y con efectores de similar o mayor complejidad, que garanticen el acceso a la atención necesaria a este nivel; participar en el desarrollo y ejecución del sistema de información sanitaria y vigilancia epidemiológica; implementar un sistema de identificación de la cobertura de las personas que sean atendidas, realizando la facturación de los servicios a terceros, en función al financiamiento vigente; elevar el programa anual de gastos y recursos; realizar actividades de docencia e investigación en el servicio y en el desarrollo de comités especializados en Bioética, Historias Clínicas, Mortalidad Materno Infantil, Vigilancia Epidemiológica e Infecciones Hospitalarias, Bioseguridad y Seguridad Laboral.

El Modelo de Gestión que se institucionaliza, propende a la descentralización administrativa del uso respectivos de efectores del segundo y tercer nivel de atención, al fortalecimiento y consolidación definitivos de sus competencias institucionales en la gestión operativa, administrativo – financiero y de personal y a su integración funcional a las redes de atención del sistema.

El Subsector Privado está conformado por todas las entidades o personas privadas que presten servicios de salud, entidades o instituciones privadas,

sindicales, empresas de medicina prepaga, de seguridad social; asociaciones civiles sin fines de lucro y fundaciones; personas físicas o jurídicas.

En lo referente al financiamiento del Subsector Estatal el mismo se encuentra garantizado por la asignación y ejecución de recursos incluidos en el presupuesto específico de salud. Estableciéndose que en ningún caso el presupuesto anual de la Unidad de Organización Ministerial de Salud Pública será inferior al 10% anual del Presupuesto General de la Provincia, dicho porcentaje se irá incrementando en el 1% anual como mínimo, hasta lograr un piso del 15% anual del Presupuesto General de la Provincia.

Otro punto a destacar es la creación del Seguro Provincial de Salud²²⁶ cuyo beneficio alcanzará a todos los habitantes que no cuenten con cobertura de atención médica a través de seguros obligatorios o voluntarios. Estará a cargo del Poder Ejecutivo provincial, en el ámbito de aplicación del seguro de salud del Ministerio de Salud Pública.

3.2.3. Programa de Descentralización de la Gestión para la APS

El modelo de gestión sanitaria propende a la descentralización²²⁷ gradual, permanente y total de los servicios médicos del subsector estatal de salud para la APS, posibilitando el desarrollo de las competencias locales en la gestión de servicios, promoviendo la participación de la comunidad en el cuidado de su salud y procurando la total articulación de las pautas institucionales de la Provincia y de los municipios.

Asimismo, el Artículo 22 de la Ley N° 4397²²⁸ - Presupuesto para la Administración Pública Provincial Ejercicio Año 2008, autoriza al Poder Ejecutivo Provincial a destinar la suma de Un Peso (\$1) por mes por habitante a los fines de garantizar la APS de los mismos, para cuyos fines quedará facultado a

²²⁶ CÁMARA DE REPRESENTANTE DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2007). *Ley Provincial de Salud N° 4388*. Dictamen N° 032/2007-08, Ley XVII N° 58, pág. 18.

²²⁷ GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2008a). *Programa de Descentralización de la Gestión para la Atención Primaria de la Salud. Decreto 071/08*. Enero de 2008.

²²⁸ GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2008b). *Presupuesto General de la Administración Pública. Ejercicio Financiero 2008. Ley 4397. Decreto 01/2008*. Dirección General de Presupuesto. Secretaría de Estado de Hacienda y Finanzas. Subsecretaría de Hacienda. Enero 2008, pág. 18.

implementar los programas, formalizar los convenios con municipios y/u otras instituciones, como efectuar las incorporaciones y adecuaciones financieras, contables y presupuestarias necesarias para su cumplimiento. Para ello se establecerán objetivos sanitarios que permitan medir y controlar la efectividad, eficiencia y eficacia en la APS por el municipio, que a su vez determinen la continuidad, modificación o fin de los convenios por los cuales se acuerde la cogestión y corresponsabilidad en la mejora de los indicadores sanitarios.

Es en base a las fundamentaciones que especifican las autoridades provinciales que, el 22 de enero de 2.008 por Decreto 071/08 se aprobó el Programa de Descentralización de la Gestión para la Atención Primaria de la Salud. Por el mismo instrumento se aprueba el modelo de Formulario de Proyecto Municipal para el Fortalecimiento de la APS y su instructivo y el modelo de convenio para la Descentralización en la Gestión de la Atención Primaria de la Salud que deberá suscribir la Provincia con el Municipio.

El Programa²²⁹ tiene por finalidad fortalecer la colaboración y participación de la Provincia con sus municipios en los procesos de cogestión y corresponsabilidad social de la salud en general y en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios de salud en particular. Apunta a mejorar los indicadores sanitarios en los municipios y a facilitar, conjuntamente con las comunas, la realización de acciones de promoción, prevención de la salud y detección de enfermedades a través de los distintos Programas Provinciales y Nacionales. El desarrollo del programa será progresivo, por etapas que se definirán en función de las posibilidades operativas y los recursos disponibles.

En cuanto a su estructura se constituirá con una Unidad Coordinadora. Integrada por el Ministro Secretario de Salud Pública (Coordinador General), las Subsecretarías del Ministerio de Salud, la Secretaría de Estado de Hacienda, Finanzas, Obras y Servicios Públicos y la Subsecretaría de Asuntos Municipales del Ministerio de Gobierno. Tendrá como función dirigir los lineamientos estratégicos del Programa; elaborar la normativa y reglamentación; seleccionar

²²⁹ GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2008a). *Anexo I. Programa de Descentralización de la Gestión para la Atención Primaria de la Salud. Decreto 071/08. Enero 2008, pág. 2.*

los Municipios a incluir; evaluar los Proyectos Municipales en la selección, durante la ejecución y los informes finales; gestionar recursos; informar al Gobernador sobre el Programa. Y una Coordinación Operativa que funcionará en el ámbito del Ministerio de Salud Pública de la Provincia y estará integrada por el Subsecretario de AP y Salud Ambiental (Coordinador Operativo), el Subsecretario de Salud y un Director Técnico, la Directora de AP y personal de los Programas, Direcciones y Departamentos del Ministerio de Salud Pública. Su función será responder a las normativas que determine la Unidad Coordinadora; elaborar y proponer los procedimientos y acciones conducentes en AP para la asistencia técnica, cooperación en la definición de prioridades y formulación de proyectos con los Municipios interesados en el Programa; suministrar información sobre el Programa a la comunidad y los municipios; recepcionar los Proyectos Municipales y apoyar la comunicación y actividades de gestión municipal en APS.

Los municipios deberán conformar en sus ámbitos una Unidad de Gestión integradas por un Responsable de Gestión Municipal del Proyecto, un Administrador de Fondos y un equipo técnico municipal de apoyo.

El Programa se instrumentará mediante la firma de un convenio entre la Provincia y un municipio, por el cual se transferirán recursos provinciales a éste último para la APS. La continuidad estarán condicionados al cumplimiento por parte del municipio de objetivos generales e indicadores de salud específicos, metas que serán monitoreadas por la Provincia en forma periódica.

Las transferencias de fondos que efectúe la Provincia a favor del municipio en virtud del convenio suscripto entre ambos consistirá en una cápita mensual por habitante, conforme lo establece el Artículo 22 de la Ley N° 4397 y proveniente de Rentas Generales de la Provincia de Misiones. También podrá financiarse con subsidios, donaciones, contribuciones y todos los aportes del Estado Nacional, Provincial o Municipal y/o de personas físicas o jurídicas, nacionales o extranjeras, que se destinen al cumplimiento del Programa.

El Programa se elaborará en base al Proyecto de Fortalecimiento para la

APS²³⁰ que deberá ser confeccionado por el municipio en un formulario tipo que contendrá la información necesaria para incorporarla a una base de datos y evaluar el proyecto. Será presentado a la Subsecretaría de AP y Salud Ambiental del Ministerio de Salud Pública (ver ANEXO III Modelo de Formulario tipo).

Para formalizar el acto se celebra un convenio entre el Gobierno de la Provincia de Misiones y el Municipio en cuestión, para la ejecución del Programa de Descentralización de la Gestión de la APS²³¹ (ver ANEXO IV Modelo de Convenio).

Las modificaciones al Decreto 071/08, Programa de Descentralización de la Gestión para la Atención Primaria de la Salud, realizado por los Decretos 1089 y 1131 se transcriben en el ANEXO V. Decreto 1089 Metodología de Transferencia de Aporte y Decreto 1131 Régimen de Discriminación Positiva.

Con relación a la ejecución y administración financiera de los fondos destinados a los proyectos, no contemplan la reasignación de partidas entre los distintos rubros definidos en los Proyectos para el Fortalecimiento, lo cual impide resolver situaciones de contingencia sanitaria y de dinamismo de los sistemas de salud de los municipios. Por lo que se aprueba el mecanismo de reasignación de partidas por rubros presupuestados en los Proyectos para el Fortalecimiento de la APS (ver ANEXO VI. Reasignación de Partidas entre Rubros Presupuestados).

Con relación al tiempo de validez de los convenios firmados entre el Gobierno y los Municipios para Fortalecer la AP de éstos, el tiempo de un año se demuestra insuficiente, por lo que se aprueba una prórroga no superior a los seis meses de los Convenios suscriptos (ver ANEXO VII. Prorroga de los Convenios suscriptos entre el Gobierno y el Municipio).

²³⁰ GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2008a). *Anexo II. Modelo de formulario de proyecto municipal para fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud. Programa de Descentralización de la Gestión para la Atención Primaria de la Salud. Decreto 071/08. Enero 2008, pág. 4.*

²³¹ GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2008a). *Anexo III. Modelo de Convenio para la Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la Salud. Programa de Descentralización de la Gestión para la Atención Primaria de la Salud. Decreto 071/08. Enero 2008, pág. 7.*

3.2.4. Sistema de Salud Pública

El 28 de enero de 2008 se aprobó por Decreto N° 97,²³² la reestructuración de las zonas de salud y áreas programáticas dependientes del Ministerio de Salud Pública, en el ANEXO VIII se observa el nuevo organigrama especificado en el Anexo I del Decreto citado. Quedando conformado, el sistema de salud pública de Misiones, en seis zonas, con sus respectivas Áreas Programáticas: Zona de Salud Capital; Sur; Centro Paraná; Centro Uruguay; Norte Paraná y Noreste. En el Anexo IX se especifica, para cada Zona de Salud, los Municipios que la comprenden, con sus respectivas áreas programáticas y servicios.

Teniendo en cuenta los criterios básicos de categorización de establecimientos asistenciales con internación y en función a los datos que surgen del Anexo II del Decreto 97/08, cuenta con 32 Hospitales de Nivel I correspondiente a la Atención de Bajo Riesgo, 8 de Nivel II de Mediano Riesgo, 4 de Nivel III de Alto Riesgo y 314 Centro de Atención Primaria de la Salud.

3.2.5. Organización Municipal de la Salud

3.2.5.1. Estructura Orgánica

El Gobierno Municipal establece su propia organización interna; establecerá las descentralizaciones pertinentes a través de la creación, por Ordenanzas, de Delegaciones en diversos sectores del Municipio. Su estructura orgánica está conformada por once Secretarías²³³, Figura 2; (ver Anexo X).

3.2.5.1.1. Secretaría de Calidad de Vida

La Secretaría de Calidad de Vida es una de las once Secretarías que conforma la estructura orgánica de Municipio, de ella depende los Centros de Atención Primaria de Salud, Figura 3.

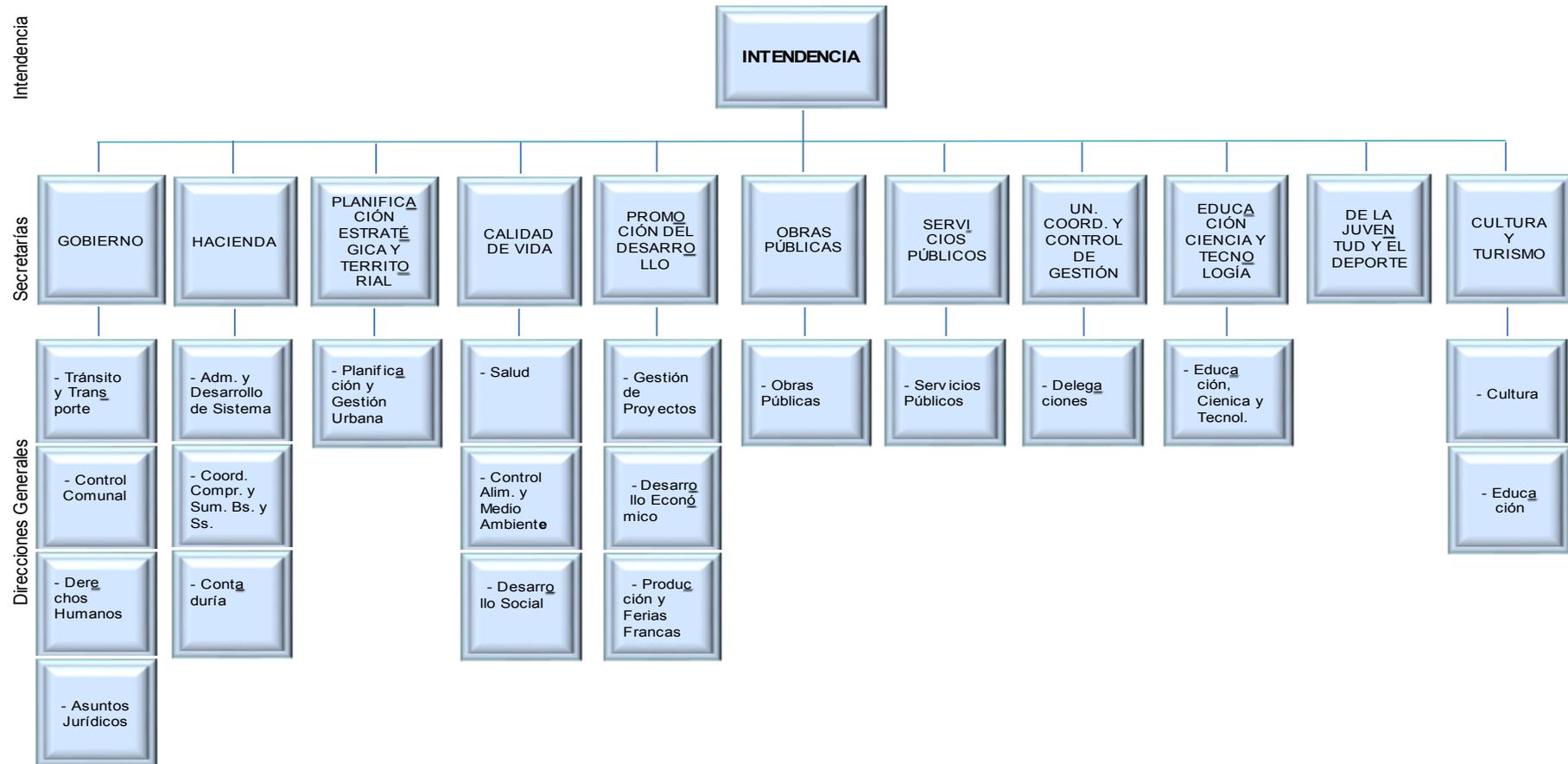
²³² GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2008d). *Reestructuración Zonas de Salud y Áreas Programáticas*. Ministerio de Salud Pública. Decreto 97/08. Boletín Oficial N° 12232, Marzo 2008, pág. 2.

²³³ MUNICIPALIDAD DE POSADAS. (2011a). *Secretarías*. Disponible en <http://www.posadas.gov.ar/secretarias.php> Fecha de acceso: 18 de febrero de 2011.

La misión de la Secretaría es “mejorar la calidad de vida en contextos de cambios socioambientales, de manera participativa, sustentable, equitativa y estratégicamente programada.”²³⁴

²³⁴ MUNICIPALIDAD DE POSADAS. (2011a). *Secretarías. Calidad de Vida*. Disponible en <http://www.posadas.gov.ar/secretarias.php> Fecha de acceso: 18 de febrero de 2011.

Figura 1. Municipalidad de Posadas - Organigrama

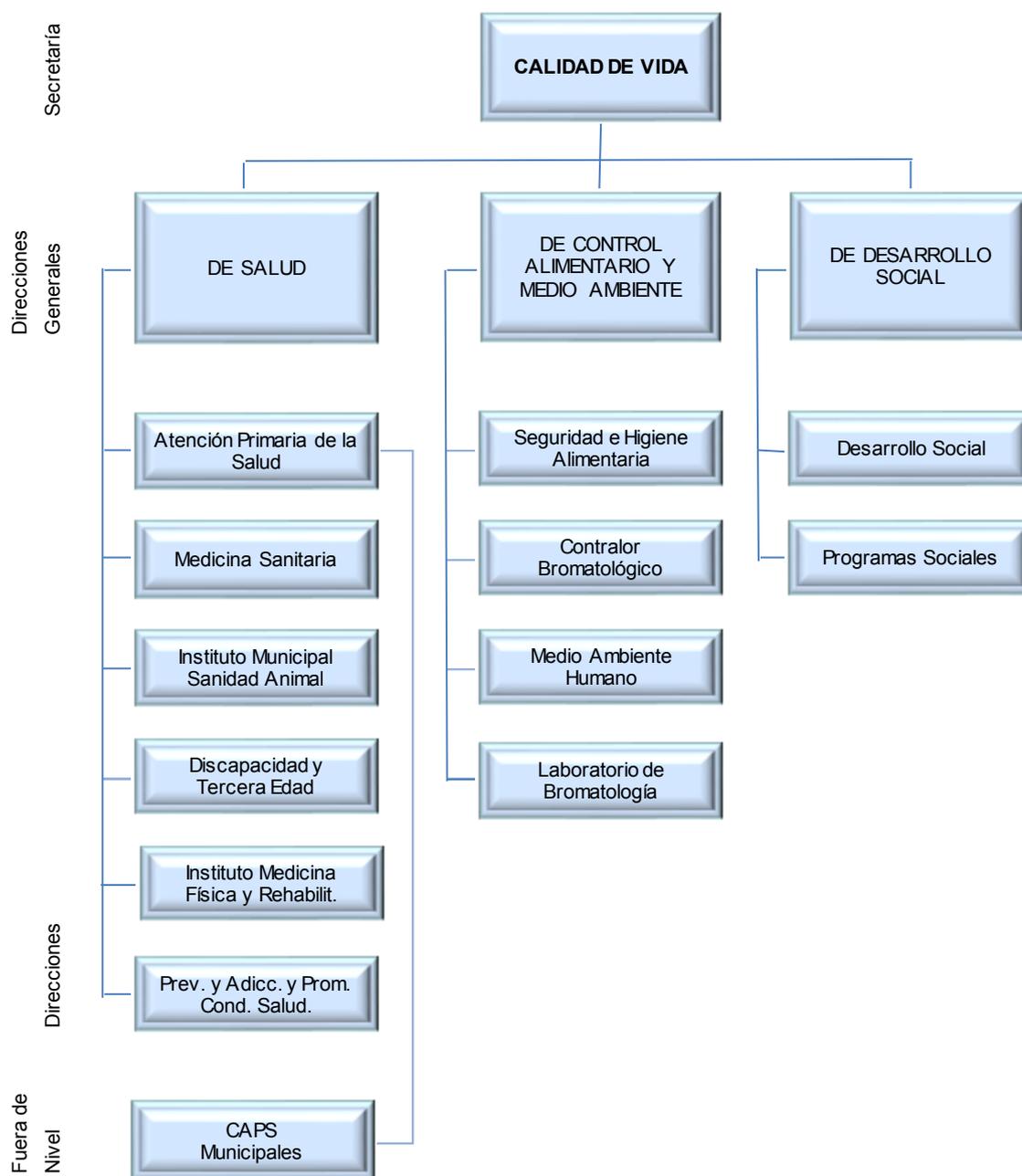


Fuente: Elaboración propia en base al Organigrama de la Municipalidad de Posadas. (2011b). Disponible en <http://www.posadas.gov.ar/organigrama.php>

Fecha de acceso: 21 de febrero de 2011

Figura 2. Municipalidad de Posadas

Secretaría Calidad de Vida - Organigrama



Fuente: Elaboración propia en base al Organigrama de la Municipalidad de Posadas (2011b) Disponible en <http://www.posadas.gov.ar/organigrama.php>
Fecha de acceso: 21 de febrero de 2011

Sobre el ambiente: debe proteger la vida en contextos cambiantes, mejorando el cuidado del suelo, el aire y el agua. Por ejemplo el reciclado de

plásticos perteneciente al Proyecto Ambiente Solidario. Debe mejorar la calidad de vida urbana y suburbana, promoviendo estructuras que garanticen la sustentabilidad productiva, la convivencia armónica, la seguridad alimentaria. Citando como ejemplo el Proyecto de Entramados Productivos para pequeños productores.

Sobre el ambiente y la salud: debe disminuir el impacto de las zoonosis y enfermedades transmisibles, para lo cual requerirá de un sistema de vigilancia y control epidemiológico integrado a recursos institucionales regionales. Como ejemplo se cita el Proyecto del Centro de Enfermedades tropicales y emergentes. Sobre la salud: debe reestructurar el sistema de Atención Primaria de la Salud; el programa de educación participativa, debe orientarse a conductas saludables. Citando al programa de descentralización de la APS.

3.2.5.1.1.1. Centros de Atención Primaria de la Salud

La Municipalidad presta los servicios sanitarios del primer nivel de atención por medio de los CAPS. Éstos Centros orgánicamente, dependen de la Dirección de APS, en el ámbito de la Dirección General de Salud. En la actualidad el Municipio cuenta con ocho Centros de Salud ubicados en distintos barrios de la Ciudad de Posadas.

- Miguel Lanús. Cito en Océano Atlántico y Capitán Giachino. Barrio Miguel Lanús.
- Los Paraísos. Cito en Calle 61 N° 9860. Barrio Los Paraísos.
- Las Rosas. Cito en Calle Japón y Zabala. Barrio Las Rosas.
- Dos de Abril. Cito en Avenida 115 N° 5781.
- Latinoamérica. Cito en Calle Potosí y Juana Azurduy. Barrio Latinoamérica.
- Itaembé Miní. Cito Calle 188 y Pasaje Peatonal. Barrio Belén (Itaembé Porá).
- San Marcos. Cito en Calle Juan José Paso y Calle 156 Manduví. Barrio San Marcos.
- San Gerardo. Cito en Calle 62 y Calle 125. Barrio San Gerardo (ex Pan).

3.2.6. Plan Estratégico

A iniciativa del Intendente de la ciudad de Posadas, en julio de 2008 se reunieron representantes del Gobierno y la Legislatura Provincial, del Consejo Deliberante de Posadas, de la Entidad Binacional Yacyretá, así como distintas instituciones religiosas, públicas, privadas, asociaciones profesionales, para declarar que es necesario realizar una planificación de la Ciudad de Posadas, que tenga como horizonte el “mediano y largo plazo; que sea integral, abordando todos los aspectos que hacen a la vida ciudadana y participativa, dando oportunidad de intervenir a todos los sectores de la comunidad, “²³⁵ aportando información, fijando posturas y actuando en la planificación.

Por lo que convinieron trabajar en conjunto para el análisis y elaboración de un Plan Estratégico para la Ciudad de Posadas. “Las mismas se constituyen en Instituciones Fundadoras del Plan Estratégico Posadas 2022 (PEP2022) e integran el Consejo Fundador.”²³⁶ Así se elaboró el Plan Estratégico Posadas 2022 que busca contribuir al desarrollo armónico y sustentable de Posadas, “a través de una planificación con una concepción integral, generando un núcleo de decisiones que partan de amplios acuerdos de la comunidad y que sean perdurable en el tiempo.”²³⁷

Sus objetivos,²³⁸ expresados en el Acta Fundacional, buscan: Contribuir a construir la ciudad que todos juntos hayamos definido que queremos; construir un diagnóstico consensuado; generar una visión de futuro, objetivos y un número de decisiones que parten de amplios acuerdos de la comunidad; impulsar la

²³⁵ MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE POSADAS. (2008). *Plan Estratégico Posadas 2022. Acta Fundacional*. Disponible en http://pep2022.posadas.gov.ar/uploads/pep2022/eventos_reuniones_pdf/LanzamientoPEP2022/ActaFundacional07-07-08.pdf Fecha de acceso: 25 de febrero de 2011.

²³⁶ MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE POSADAS. (2008). *Plan Estratégico Posadas 2022. Acta Fundacional*. Disponible en http://pep2022.posadas.gov.ar/uploads/pep2022/eventos_reuniones_pdf/LanzamientoPEP2022/ActaFundacional07-07-08.pdf Fecha de acceso: 25 de febrero de 2011.

²³⁷ MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE POSADAS. (2010). *Plan Estratégico Posadas 2022*. Disponible en <http://pep2022.posadas.gov.ar/pep2022/libro> Fecha de acceso: 25 de febrero de 2011, pág. 12.

²³⁸ MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE POSADAS. (2010). *Plan Estratégico Posadas 2022*. Disponible en <http://pep2022.posadas.gov.ar/pep2022/libro> Fecha de acceso: 25 de febrero de 2011, pág. 13.

integración metropolitana con Garupá y Candelaria; planificar con una concepción integral; detectar y dar a conocer información y propuestas; consolidar el conocimiento y el saber hacer local; la cooperación; contribuir a generar una nueva imagen de la ciudad; a la mejora de la calidad de vida de todos los habitantes de Posadas; a proyectar a Posadas como un territorio con atributos diferenciales dentro de su entorno regional y a revisar la distribución territorial de las actividades.

En la síntesis del diagnóstico Dimensión Socio Institucional en el sector salud se expresa que el Municipio ha comenzado a ser el eje articulador de la APS como lo sugiere la OPS/OMS, dado que el sistema sanitario local ha iniciado una reforma centrada en garantizar universalidad y equidad en la cobertura, solidaridad en el financiamiento y eficiencia en el uso de los recursos, accesibilidad a los servicios y satisfacción de los usuarios, tendiente a un mejoramiento gradual de la vida saludable.

Los indicadores vitales al año 2009²³⁹ expresan

- La tasa de natalidad, 18,9 por cada mil recién nacidos, proyecta un moderado crecimiento vegetativo de la población.
- La mortalidad infantil se ha reducido a niveles históricamente bajos: 14,08 por cada mil recién nacidos vivos.
- La mortalidad materna aún es elevada, 10,49 por cada 10 mil habitantes.

En cuanto a los indicadores de morbilidad la primera causa de enfermedad en adultos jóvenes es cardiovascular; la segunda son las metabólicas por el estilo sedentario urbano de vida; lesiones violentas, en niños y adultos jóvenes y neoplásicas en adultos mayores. En cuanto a los indicadores epidemiológicos específicos,²⁴⁰ se configura como amenaza las enfermedades emergentes y reemergentes, incluyendo las tropicales transmitidas por vectores como Leishmaniasis, la Fiebre Amarilla, el Dengue y el Paludismo.

²³⁹ MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE POSADAS. (2010). *Plan Estratégico Posadas 2022*. Disponible en <http://pep2022.posadas.gov.ar/pep2022/libro> Fecha de acceso: 25 de febrero de 2011, pág. 50.

²⁴⁰ MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE POSADAS. (2010). *Plan Estratégico Posadas 2022*. Disponible en <http://pep2022.posadas.gov.ar/pep2022/libro> Fecha de acceso: 25 de febrero de 2011, pág. 51.

El sistema de salud se estructura en dos sistemas, el Público que asiste aproximadamente al 60% de la población capitalina y el Privado al 40% restante.

Concretado el análisis del diagnóstico y diversas actividades participativas, se construyó la propuesta que fueron presentados en los Ejes Estratégicos, Programas y Proyectos, que a través de su ejecución permitirán alcanzar la ciudad deseada.

Los Ejes Estratégicos fijados fueron:

- Integración Urbana y Calidad Ambiental Competitividad, Empleo e Innovación.
- Inclusión Social e Identidad Local.
- Modernización Municipal y Participación.

A través del Eje Estratégico Inclusión Social e Identidad Local se busca mejorar la calidad de vida de los habitantes a partir de la participación social “y el fortalecimiento de políticas integrales: educación, cultura, salud, trabajo, deporte; haciendo de Posadas una ciudad socialmente inclusiva, capaz de promover oportunidades, construir ciudadanía y desarrollar su identidad local.”²⁴¹

El Programa: Posadas Saludable busca mejorar la calidad de vida a través de actividades de APS, en coordinación con actividades deportivas, culturales y educativas. Promueve la participación de las Delegaciones y las Comisiones Barriales en las actividades de prevención de la salud.

Los Proyectos que presenta el Programa:

Posadas nos cuida. Tiende a fortalecer el sistema municipal de APS, mejorando la estructura y funcionalidad de sus efectores, la coordinación sanitaria interjurisdiccional y el desarrollo de la prevención de enfermedades. “Define acciones de articulación de los planes de prevención de la salud que se concretan en Posadas y la zona metropolitana, logrando su mayor eficiencia y eficacia.”²⁴²

²⁴¹ MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE POSADAS. (2010). *Plan Estratégico Posadas 2022*. Disponible en <http://pep2022.posadas.gov.ar/pep2022/libro> Fecha de acceso: 25 de febrero de 2011, pág. 84.

²⁴² MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE POSADAS. (2010). *Plan Estratégico Posadas 2022*. Disponible en <http://pep2022.posadas.gov.ar/pep2022/libro> Fecha de acceso: 25 de febrero de 2011, pág. 84.

Escuela de salud. Desarrolla un sistema de capacitación y perfeccionamiento de los recursos humanos de salud local y de educación sanitaria preventiva en los barrios, con el propósito de mejorar los indicadores de salud de la población. Utilizando dos líneas estratégicas, la capacitación y especialización del recurso humano desarrollando planes específicos de formación técnica y capacitación profesional y la educación comunitaria integral preventiva desplegada mediante la formación de promotores y multiplicadores de salud, de difusión y promoción ciudadana, centrada en efectores barriales.

Centro de enfermedades emergentes y vectoriales. Genera un centro de investigación, prevención y tratamientos de zoonosis y enfermedades vectoriales, para el estudio, anticipación y contención de amenazas biológicas. Orientado al control del dengue, la fiebre amarilla, la leishmaniasis, el paludismo.

Centro coordinador municipal de emergencia y catástrofes. Crea un centro de emergencias y catástrofes que se pone en funcionamiento a partir de la coordinación interinstitucional y multiorganizacional para la anticipación, educación, prevención y rehabilitación de la ciudad en caso de desastres.

3.2.7. Organización en los Centros de Atención Primaria

3.2.7.1. Normas Básicas para Centros de Atención Primaria de la Salud

Entre los considerando de estas Normas se especifica que resulta necesario la definición operativa para un CAPS habilitado, que estará en permanente evaluación y categorizado; que resulta necesario la implementación de un sistema de inspecciones y monitoreo que contribuya a mejorar la calidad, también es necesario establecer requerimiento de infraestructura para los Centros dependientes del Ministerio de Salud Pública o de los Municipios en la Provincia en concordancia con los requisitos de habilitación establecidos en el Decreto del Poder Ejecutivo Provincial 961/86 para los establecimientos médicos privados; en la Resolución Ministerial 313/03 se establece los requisitos para la habilitación de los centros de vacunación, actividad fundamental que desarrollan los CAPS. La Guía para la Gestión de APS de la OPS establece las recomendaciones para el óptimo funcionamiento de los Centros; que por Resolución Ministerial 208/96 del Ministerio de Salud de la Nación se establecen las Normas Técnicas mínimas

para el servicio de AP; los Programas Remediar y Nacer de la Nación establecen requisitos mínimos sobre Infraestructura, Recursos Humanos y funcionamiento que deben poseer los CAPS; también el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica fija pautas y normativas; siendo necesario definir el equipamiento mínimo, el recurso humano, la carga horaria de dedicación mínima; además el Decreto 97/08 del Poder Ejecutivo Provincial reestructura las Zonas Sanitarias, Áreas Programáticas y determina para cada municipio los CAPS dependientes del Ministerio de Salud de la provincia de Misiones.

En este marco el Ministro de Salud Pública aprueba, el 18 de abril de 2008, las Normas Básicas para la Habilitación, Categorización y Funcionamiento de los CAPS dependientes del Ministerio de Salud o de los Municipios de la Provincia de Misiones, que figuran como Anexos I, II, III y IV a la Resolución 865/08.

El Anexo I Habilitación (ver Anexo XI Habilitación), hace referencia a que un CAPS Habilitado y Categorizado es el establecimiento sanitario que cumple con los requisitos mínimos establecidos por la resolución, considerando infraestructura, recurso humano, equipamiento, documentación, organización funcional y gestión. El Anexo II Recursos Humanos y Documentación (ver el Anexo XII Recursos Humanos y Documentación), define el Recurso Humano Mínimo para un CAPS fijando la carga horaria que tendrá el personal del Centro, como así también la Documentación Mínima que debe poseer. El Anexo III Procedimientos Generales de Habilitación y Categorización (Anexo XIII Resolución 865), se detalla los requerimientos de documentación necesarios a ser presentados en el Ministerio de Salud Pública para la habilitación, categorización y registro de Centros. El Anexo IV Formularios (Anexo XIV Formularios), consta el modelo de la Nota de pedido de Habilitación de CAPS y el Formulario II hace referencia a la Grilla de Evaluación y Categorización de los CAPS.

3.2.7.2. Seguimiento del Proyecto de Fortalecimiento de APS

En el Anexo XV se presenta el modelo del Formulario de Proyecto Municipal para el Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud. Las transferencias de los fondos se realizan en cuotas mensuales.

La cronología de la puesta en marcha del ProFAPS en el municipio capitalino (Anexo XVI Seguimiento de Proyectos) se inició con la presentación del Proyecto a consideración de la Coordinación Operativa del Ministerio de Salud Pública el 17 de marzo de 2008 y fue aprobado el 15 de mayo; el Convenio fue firmado por el Gobernador de la Provincia y el Intendente de Posadas el 26 de mayo y la Primer Cuota se efectivizó el 4 de junio del mismo año.

El 26 de agosto de 2008 corresponde a la fecha en que se firma, en el marco de cogestión entre el Municipio de Posadas y el Ministerio de Salud Pública de la Provincia, el documento mediante el cual se delimitan y acuerdan las actividades que se llevarán a cabo a lo largo del mes (ver en el Anexo XVI Acta de Acuerdo y Evaluación del Informe). Comienza así la ejecución, continúa con la presentación del Informe Parcial de la ejecución del Proyecto que se corresponde a la Resolución 2306/08: Protocolo e Informe de progreso Parcial de Ejecución del Proyecto de Fortalecimiento de la APS, que el Municipio debe presentar al finalizar el período ejecutado, lo que le permite gestionar el siguiente, siempre que éste haya sido aprobado.

La evaluación del informe se lleva a cabo tomando como referencia la Resolución citada en el párrafo anterior, así del primer informe presentado por el Municipio Capitalino la evaluación fue considerada muy buena.

El primer Proyecto del ProDeGAPS que comenzó en el 2008, terminó de ejecutar en el 2010. A partir del 2010 comienza el segundo Proyecto²⁴³ que es más importante ya que implica la recepción de 1\$/hab. en cumplimiento a lo establecido por la Ley de Salud, se estima que el Municipio percibe por mes aproximadamente Trescientos Dieciocho Mil Pesos, que por año ingresaría por el Fortalecimiento de APS Tres Millones Ochocientos Dieciséis Mil Pesos.

3.2.7.3. Plan Nacer

Con la implementación de este Programa Nacional, dirigido a mujeres embarazadas y niños y niñas menores de 6 años, el Gobierno se propone

²⁴³ No se ha podido acceder a información sobre el monto que percibe el Municipio por mes, se estima aproximadamente trescientos dieciocho mil pesos, en referencia a la cantidad de habitantes que residía en la Ciudad de Posadas al año 2010 según datos del PEP2022, pág. 23.

“promover la participación, la igualdad y la inclusión social desde la salud y fortalecer la capacidad de los efectores público”²⁴⁴ El Programa contempla una política integral de incentivos, una mejor calidad de atención, además de una óptima distribución de los remedios, ecografías y vacunas.

Desde la Coordinación del Plan se establecieron nuevas disposiciones a partir de enero de 2008 que debieron ser tenidos en cuenta por los efectores a la hora de las rendiciones; las mismas se especifican en el Anexo XVII.

3.2.7.3.1. Transferencia de Fondos

En el marco de las normativas vigentes del Plan Nacer se producen las transferencias de los fondos los que, para que se depositen en la cuenta municipal requieren previamente ser cargados a un Sistema informático on line específico y que la rendición del mes liquidado e informe respectivo sea presentada a la Unidad de Gestión de Seguro Provincial (UGSP) del Ministerio, del 1 al 10 del mes siguiente al ejecutado. El circuito administrativo que representa la transferencia de fondos al Municipio se representa en el Anexo XVIII En el Anexo XIX se presenta el modelo de la Planilla de Facturación de Prestación e Interconsultas, donde se deberá especificar los datos del prestador, del beneficiario, la fecha de la prestación, el código y el importe de la prestación según el nomenclador. En la Tabla 1 se detallan las transferencias que se efectuaron durante los años 2009 y 2010 en función a las prestaciones realizadas por la APS Municipal. Se observa que la incidencia, sobre el total de las transferencias ha disminuido en el segundo año respecto al primero, en el 2009 se transfirió a la Comuna \$76.391 que representa sobre el total transferido a la Provincia (\$3.393.262,7), el 2,3% y en el 2010 se transfirió \$104.686 que alcanzó una importancia sobre el total (\$10.931.838) del 0,95%.

²⁴⁴ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2011a). Plan Nacer. Disponible en http://www.salud.misiones.gov.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=3624&Itemid=148 Fecha de acceso: 7 de marzo de 2011.

Tabla 5. Municipalidad de la Ciudad de Posadas - Plan Nacer Transferencia de Fondos

Efector	Año	Mes	Expediente	Orden de Fecha Orden		Importe	Total			
				Cargo	de Cargo		Transferido	Mes	Año	Plan Nacer
APS Municipalidad de Posadas	2009	Junio	6500-102-09	283	19/06/2009	7.703,0				
			6500-806-09	284	19/06/2009	6.177,0				
			6500-514-09	285	19/06/2009	6.261,0				
			6500-2312-09	286	19/06/2009	4.108,0				
			6500-588-09	287	19/06/2009	4.012,0				
				6500-343-09	288	19/06/2009	6.178,0	34.439,0		524.245,0
		Sep.	6500-14510-09	492	23/09/2009	5.376,0				
	6500-12778-09		493	23/09/2009	6.667,0					
				6500-16340-09	494	23/09/2009	5.667,0	17.710,0		552.108,6
		Nov.	6500-21146-09	587	10/11/2009	9.922,0	9.922,0			990.176,1
		Dic	6500-23581-09	653	09/12/2009	14.860,0	14.860,0	76.931,0	1.326.733,0	3.393.262,7
		2010	Marzo	6500-25553-10	67	29/03/2010	11.208,0	11.208,0		924.324,0
	Abril		6500-403-10	96	12/04/2010	8.286,0				
			6500-2538-10	97	12/04/2010	10.211,0				
6500-5200-10			98	12/04/2010	6.376,0	24.873,0		2.240.386,0		
Mayo	6500-7640-10		156	10/05/2010	11.853,0	11.853,0		1.537.989,0		
Junio	6500-10178-10		275	18/06/2010	9.357,0	9.357,0		707.461,0		
Julio	6500-12713-10		291	12/07/2010	9.990,0	9.990,0		1.247.232,0		
Agosto	6500-14761-10		320	10/08/2010	13.036,0	13.036,0		1.616.386,0		
Sep.	6500-17031-10		401	10/09/2010	11.283,0	11.283,0		1.223.784,0		
Oct.	6500-19832-10	448	08/10/2010	13.086,0	13.086,0	104.686,0	1.434.276,0	10.931.838,0		

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud Pública de la Provincia Plan Nacer

Se observa el encuadre jurídico de los Centros de Atención Primaria de la Salud del Municipio de Posadas dentro de la política de descentralización de la gestión de la APS implementado por el Gobierno de la Provincia de Misiones y canalizado por el Ministerio de Salud Pública. Mediante el cual el municipio a través de sus Centros ejecuta dicho programa, que se concreta a través de la relación establecida con la Secretaría de Calidad de Vida del municipio capitalino, como forma de cumplimentar su misión sobre salud; pero lo que se destaca es la adopción de los objetivos y metas propuestas por este programa como propios del Centro de Salud; se palpa la preocupación del personal por seguir correctamente las instrucciones y cumplimentar los requisitos en cuanto a informes y rendiciones; sin precisar claramente que su objetivo como CAPS, no son los del Programa sino que se centralizan en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud. Que sí es necesario declarar, que los objetivos del Programa forma parte del todo que se debe brindar al usuario y que ayuda al objetivo general, pero solo en el área que cubre el Programa. Si no se tiene una meta clara como misión no se podrá satisfacer las necesidades y expectativas del usuario.

CAPÍTULO IV - ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

4.1. Resultados de la Entrevista a los Responsables de los CAPS

4.1.1. Entidad – Identificación del Centro de Salud

Las Entrevistas en los Centros de Atención Primaria de la Salud se realizaron a los Responsable de cada uno de los Centros de Atención. En este sentido, en el 62,5% de los casos el cargo recae bajo la responsabilidad de un profesional Enfermero, Tabla 6 y el 25% en el Responsable del Plan Nacer, que es uno de los Programas de Salud que se ejecuta en el CAPS cuya profesión también es Enfermero.

Tabla 6. Responsable del Centro de Salud

Responsable	Cantidad	Porcentaje
Profesión	Nº	%
Enfermera/o	5	62,5
Responsable del Plan Nacer (Enfermera/o)	2	25,0
Encargado Municipal	1	12,5
Total	8	100,0

Fuente: Elaboración propia

4.1.2. Organización

La creación de cada uno de los ocho CAPS municipales no fueron en la misma época, un 25% se inauguró hace 22 y 10 años, respectivamente; un 25% no pudieron precisar en qué año se comenzó a brindar los servicios a la comunidad, ya que su creación fue anterior al ingreso del encuestado como personal del municipio y no tiene conocimiento de esa fecha y un 12,5% hace 18 y 13 años, respectivamente. Se observa, por la ubicación de los primeros Centros creados, San Marcos y Paraíso, que están situados geográficamente en los barrios más alejados de la zona urbana, lo que indicaría el propósito de brindar atención sanitaria a la población que habitaban en los barrios periféricos al casco urbano.

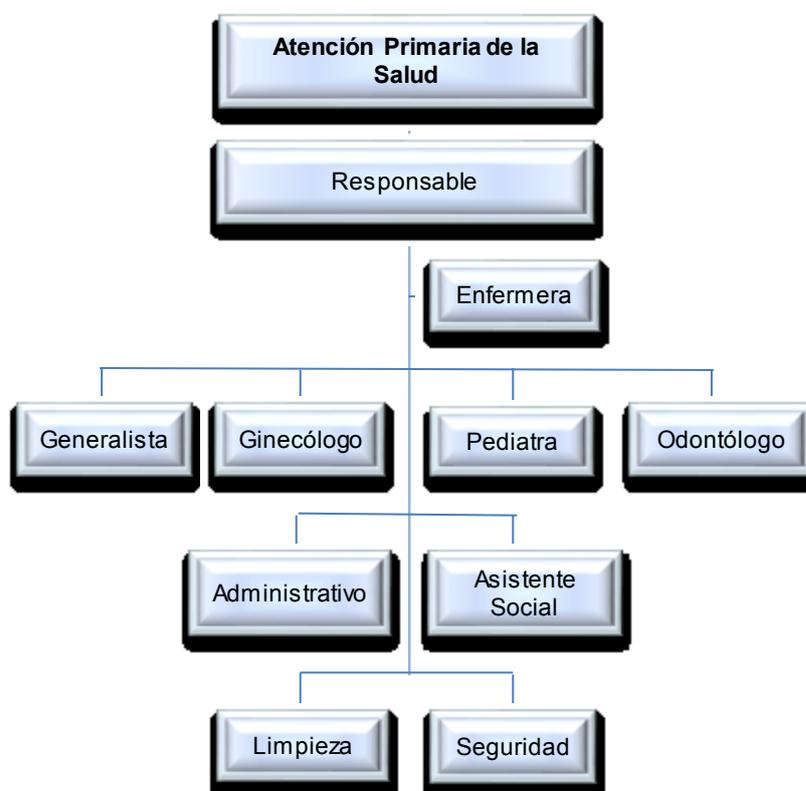
El instrumento de implementación de la creación de los Centros de Atención se concretó por medio de una Resolución del ámbito Municipal, según la información proporcionada por los Responsables de los Centros que tenían conocimiento de la fecha de creación.

4.1.3. Estructura Orgánica y Funcional

Los Centros de Salud dependen orgánicamente de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de la ciudad de Posadas.

La estructura orgánica del CAPS se representa en la Figura 3, cuenta con un Responsable del CAPS que, a excepción de un Centro, es una enfermera/o, es decir que cumple una doble función Responsable y enfermero; con profesionales médicos,

Figura 3. Centro de Atención Primaria de la Salud Municipal - Estructura Orgánica Tipo



Fuente: Elaboración propia en base a datos de las Entrevistas a los Responsables de los CAPS

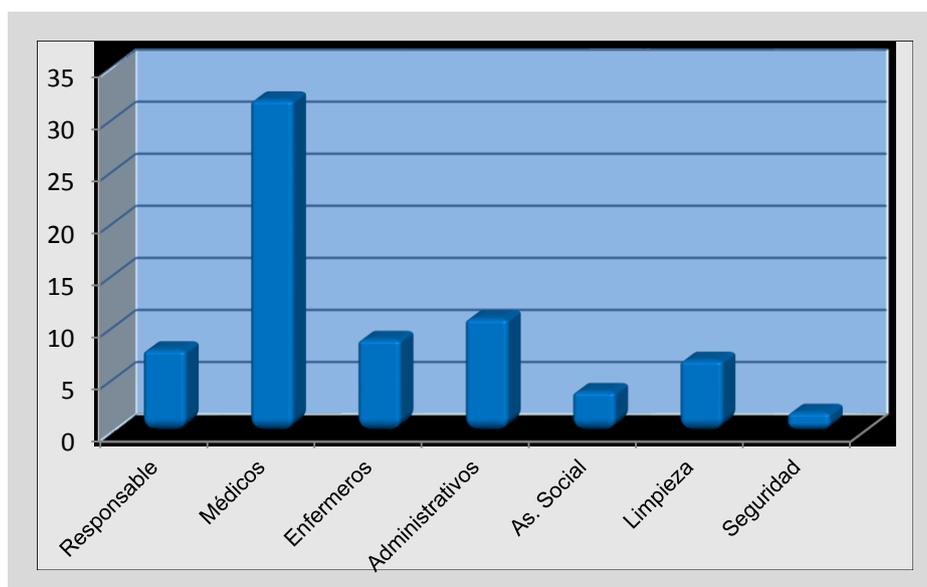
generalista, ginecólogo, pediatra y odontólogo. Con el personal que desarrollan las tareas administrativas, de asistencia social y los de servicios, específicamente, de limpieza y seguridad.

Respecto a su estructura funcional. El horario de funcionamiento de los Centros es en el 62,5% de los CAPS, de 7 a 18 hs., organizados en dos turnos. Mientras que un 25% comienzan la atención a las 6 de la mañana y se extiende hasta las 18 hs. y un 12,5% atiende solo de mañana de 7 a 12 hs.

Las personas que prestan servicios en cada uno de los CAPS varían entre 7 a 13 personas.

Los profesionales médicos (generalista, ginecólogo, pediatra y odontólogo) representan el 43,8% del total de las personas que trabajan en los Centros de Salud; los administrativos, 15,1%; los enfermeros, 12,3%; los Responsables (son enfermeros que están a cargo del Centro), 11% (considerando a los enfermeros propiamente dicho y al personal Responsable que también es enfermero representan en conjunto el 23,3%); entre los más representativos.

Gráfico 2. Cantidad de Personas que trabajan en los Centro de Salud

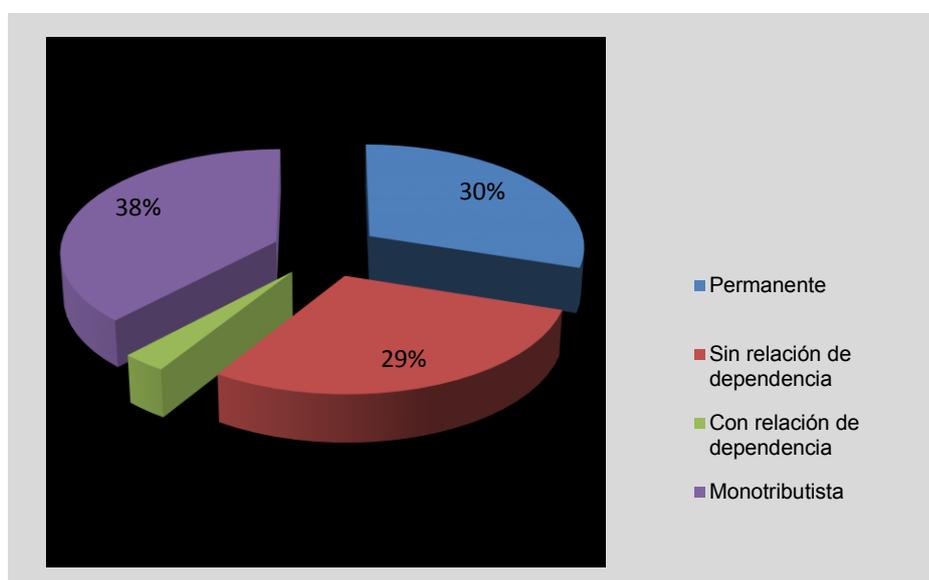


Fuente: Elaboración propia

4.1.4. Recursos Humanos

La condición laboral que predomina son los responsables bajo el concepto de monotributistas, 38%, cuya relación con el Centro de Salud se origina por un contrato de servicios; el 30% del personal pertenece a la planta permanente de la Municipalidad Capitalina; el 29% posee un contrato de locación de servicios sin relación de dependencia y el 3%, con relación.

Gráfico 3. Recursos Humanos en los CAPS - Situación Laboral



Fuente: Elaboración propia

Es decir que el 70% del personal se encuentra en una situación laboral inestable, que se refleja en la duración de los contratos de servicios que son por una duración de tres meses.

4.1.5. Gestión

Respecto a los objetivos o indicadores sanitarios que deben cumplir un CAPS y cómo es su planificación; especifican los entrevistados que no tiene objetivos o indicadores sanitarios para el Centro y que no cuentan con una planificación propia del CAPS sino que su planificación se basa en lo que deben cumplimentar para Programas específicos como el Programa de Descentralización de la Gestión en la

Atención Primaria de la Salud, el Plan Nacer, el Programa Materno Infantil, que se ejecutan en ese ámbito. Es decir, deben cumplimentar los indicadores sanitarios específico para cada Programa que se identifican como los objetivos del Centro y en función a ellos se adapta la planificación de las acciones y tareas a ejecutar.

Los recursos financieros provienen del Municipio hacia los Centros pero no todos son recursos de la Comuna. Porque a través de la relación Nación – Ministerio de Salud Pública de la Provincia – Municipio, llegan los recursos de los Programas que tienen Convenio el Municipio con el Ministerio. Plan Nacer es un programa Nacional que llega al Municipio a través del Ministerio, donde del total de los recursos se destina el 50% para invertir en el CAPS y el 50% restante es para pagar el incentivo o estímulo al personal. Del Programa Nacional Remediar llegan los medicamentos por la misma vía, Nación – Salud Pública – Municipio y son distribuidos en los Centros. Los Recursos Provinciales provienen del ProDeGAPS, del cumplimiento del Artículo 22 de la Ley 4397, que autoriza al Poder Ejecutivo Provincial a destinar la suma de Un peso (\$ 1) por mes por habitante a los fines de garantizar la APS; que se fundamenta en el Proyecto de Fortalecimiento que presentó oportunamente el Municipio al Ministerio de Salud Pública. Por el Programa Materno Infantil se provee de leche.

Con recursos propios del Municipio se compran, los medicamentos al Ministerio de Salud Pública que se fabrican en la Provincia, cuyo Programa se identifica como Remediar Misionero; además se proporciona los insumos necesarios para el funcionamiento de los Centros y los artículos de limpieza. La remuneración del personal, cualquiera sea su condición se afronta con recurso propios de la Municipalidad.

La frecuencia de los médicos en los CAPS depende de la especialidad, el clínico está presente todos los días, en algunos Centros los pediatras y los ginecólogos, también. Pero frecuentemente éstos dos últimos, al igual que los odontólogos asisten al Centro 3 veces, con mayor frecuencia; o 2 veces por semana; por la mañana o en el turno tarde, según el CAPS.

Ningún CAPS tiene guardia médica para socorrer alguna emergencia fuera del horario habitual de atención.

Las enfermeras/os además de la tarea propia de enfermería y de colaboradora directa de los médicos realizan todo tipo de tareas, administrativas, de limpieza, hacen visitas a domicilio para aquellas personas que no pueden trasladarse hasta el Centro para hacer curaciones, inyecciones, etc.

Respecto al porcentaje del personal que ha recibido capacitación en APS expresan que siempre realizan capacitaciones específicas en determinados temas y que a estos cursos concurre el personal que está trabajando en el mismo o si es de carácter general se organizan para asistir, a los efectos de continuar prestando la atención adecuada en el Centro de Salud. Médicos y enfermeros concurren a capacitaciones de tipos respiratorias, epidemiológicas; si es vacunación, gripe A, los enfermeros; si es sobre dengue o leishmaniasis va todo el personal. También hay capacitación para determinados Programas a los efectos de poder cumplimentar los requisitos especificados en cada uno de ellos, por ejemplo manejo de planilla de leche perteneciente al Programa Materno Infantil.

Los programas que se ejecutan en cada CAPS son: de recursos nacionales, provinciales, los que se complementan con otros programas.

De recursos nacionales:

- Plan Nacer

Los Centros son efectores del Plan Nacer que se rigen en función al convenio firmado por el Municipio y que reciben los recursos de acuerdo a los valores del nomenclador y la cantidad de prestaciones realizadas. Inscriben a los beneficiarios, brindan prestación a los empadronados en su área, realizan el registro de historia clínica, perciben los fondos provenientes de las prestaciones brindadas, invierten los fondos en equipamiento, insumos, infraestructura e incentivos al Recurso Humano de cada Centro.

La incorporación al Plan se realiza por medio de la inscripción del niño/a a través de la Planilla de Inscripción²⁴⁵ (Anexo XX). La incorporación al Plan de la

²⁴⁵ PRESIDENCIA DE LA NACIÓN. MINISTERIO DE SALUD. (2005). *Manual de Prestadores Plan Nacer*. Plan Federal de Salud, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2005, pág. P.04.

mujer embarazada se realiza por medio de la Planilla de Inscripción²⁴⁶ Ficha mujer embarazada/puérpera (Anexo XX).

- Programa Remediar

Comenzó sus acciones en octubre del 2002 con el objetivo de garantizar el acceso a medicamentos esenciales a la población, siendo su cobertura médica exclusivamente pública. Su puesta en marcha implicó un complejo proceso de centralización de compras, de identificación de los motivos de consultas en los Centros, como así de actividades de almacenamiento y distribución, además de la construcción de un sistema de información. A partir del 2004 varias acciones se desarrollaron como la formación de los recursos humanos y en el 2009 el Programa Remediar + Redes amplió su desarrollo; a la contribución del fortalecimiento de la Estrategia de APS le sumó el financiamiento de Proyectos Provinciales cuyo objetivo es impulsar y fortalecer Redes de Salud de las Provincias.

Se distribuyen botiquines que dan respuestas a los motivos de consulta del Primer Nivel de Atención, el contenido de los botiquines determina la existencia de distintos modelo, que surgen en función a la información producida mensualmente en los Centros respecto a la utilización y el stock remanente de productos. De allí la suma importancia que los formularios se complete con datos reales y que estén actualizados, tal como comentaban los Responsables de los Centros que hacía dos meses habían participado de una capacitación del Programa donde se puntualizaba sobre los datos expresado en la confección del Formulario.

Para que la población acceda a los medicamentos deben realizar una consulta con los profesionales del CAPS, si el médico prescribe un medicamento incluido en el vademécum el mismo es suministrado en forma gratuita.

Se complementa el Remediar con el Remediar Misionero o Provisión de Medicamentos Esenciales, que se ejecuta por la Subsecretaría de Prevención de Adicciones y Control de Drogas del Ministerio de Salud Pública Provincial. Su objetivo es asegurar a toda la población de Misiones, el acceso a los medicamentos esenciales producidos en la Planta de Elaboración de la Provincia. Proveen

²⁴⁶ PRESIDENCIA DE LA NACIÓN. MINISTERIO DE SALUD. (2005). *Manual de Prestadores Plan Nacer*. Plan Federal de Salud, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2005, pág. P.06.

botiquines complementarios al Programa Remediar, cuenta con prestaciones que cubren patologías comunes en la región (micosis, pediculosis, parasitosis).

- Plan Materno Infantil

La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia es el órgano de formulación y aplicación de las políticas maternas infantiles del Estado Nacional, allí se desarrolla el Programa Materno Infantil que se financia con fondos del Estado y con el apoyo de la cooperación internacional.

Por medio de la asistencia técnica y financiera al sector salud de las provincias argentinas, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia establece como objetivos reducir las probabilidades de enfermar o morir de la población de niños/as, adolescentes y mujeres en edad fértil; reducir las desigualdades entre los indicadores de salud correspondiente a cada uno de los géneros; mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud; promover la participación ciudadana en las cuestiones relacionadas con la salud materno infantil de la población. Para implementar esta políticas fueron fijados tres ejes estratégicos Salud Perinatal, Salud Integral del Niño y Salud Integral en la Adolescencia. Este Programa es universal, es decir que asiste a todos; la puerta de entrada es el Centro de Salud.

Para acceder a este Programa las mujeres deben tomar contacto con el CAPS más cercano a su domicilio, ser atendida por un médico y a partir de allí podrá contar con una Historia Clínica. Los niños deben concurrir al Centro para que un pediatra controle su estado de salud, de esa manera acceden a una Libreta o Carnet de Salud Infantil donde se deja constancia de los controles periódicos realizados.

En caso que, en los controles se observan deficiencias nutricionales en embarazadas, en mamás que amamantan o en niños de hasta 6 años, pueden prescribir la entrega de leche en polvo fortificada para que se recuperen. Esta acción desarrollada en los CAPS se identifica como el Programa Leche, que requiere por parte el personal, la confección de la Planilla de Entrega de Leche.

- Asignación Universal por Hijo para Protección Social

La Asignación Universal por Hijo fue aprobado por Decreto 1602/09, comenzó a regir a partir del 1º de noviembre de 2009; es un beneficio que le corresponde a los hijos de las personas desocupadas, que trabajan en el mercado informal o que ganan menos del salario mínimo, vital y móvil. Consiste en el pago mensual de Doscientos Setenta Pesos para niños menores de 18 años y de Un Mil Ochenta Pesos para chicos discapacitados sin límite de edad. De esta manera, el Estado se asegura que los niños y adolescentes asistan a la escuela, se realicen controles periódicos de salud y cumplan con el calendario de vacunación obligatorio, ya que éstos son requisitos indispensables para cobrar.

Es así que por mes y por hijo percibirá el 80% directamente (\$216) y el 20% restante (\$54) se depositarán en una cuenta a nombre del titular que podrá ser retirado una vez por año, cuando demuestre que el niño concurrió a la escuela durante el ciclo escolar y cumplió con el plan de vacunación.

Con la Libreta se podrá certificar que se cumplió con los requisitos de salud y educación de los hijos. En el Anexo XXI se ejemplifica la página de la Libreta y se especifica los pasos a seguir para cumplimentar los requisitos.

En las entrevistas realizadas a los Centros especificaron los Responsables que esta Certificación es una de las tareas que desarrollan.

- Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable

Mediante su implementación se procura dar respuesta al problema de la mortalidad materna a consecuencia de los abortos practicados sobre embarazos no deseados, el embarazo adolescente y el contagio de sida y otras infecciones de transmisión sexual a causa de relaciones sin protección. Por lo que una de las prestaciones que ejecuta el CAPS es la entrega gratuita de métodos anticonceptivos (preservativos, inyectables, orales y dispositivos intrauterinos), realizando la registración correspondiente en las Planillas habilitadas al efecto.

De recursos provinciales:

- Plan Mamá

Es un Plan a través del cual se articula la aplicación de diversos programas que implementan los distintos Ministerios de la Provincia, orientados a optimizar la protección integral de la mamá y el bebé. En el Anexo XXII se transcribe el Decreto Provincial 2978 de creación del Plan Mamá.

Sus objetivos son contribuir a la disminución de la tasa de morbimortalidad materno infantil a través de un adecuado seguimiento y control del embarazo y del parto; asegurar la identidad de todos los nacidos vivos en la Provincia, eliminar las asimetrías existentes entre las mujeres que poseen cobertura social por tener empleo y perciben asignaciones por nacimiento y las que no; evitar que el estado de vulnerabilidad social lleve al desamparo afectivo y físico de los niños. En el Anexo citado se explicita los beneficios del Plan, la inscripción y el acceso al pago.

En la Tabla 8 se detalla la evolución en la cantidad de beneficiarias atendidas por CAPS, observándose que en el mes de diciembre de 2010 se incrementó un 8,5% las beneficiarias del Plan, con respecto al mes de noviembre del mismo año.

- Programa Hambre Cero

Este programa provincial tiene como objetivo desterrar la desnutrición, la meta es terminar con el hambre en la Provincia. La ejecución apunta principalmente a los niños de 0 a 6 años, que incluye un plan de acción, coordinación y seguimiento en la detección de la población vulnerable, entre lo que se incluyen los adultos mayores de 60 años y discapacitados. Consiste en el seguimiento a cada hogar detectado, por una persona (padrinazgo) que se hará cargo del seguimiento del chico y su familia. En el Anexo XXIII se especifica la inscripción al Programa.

Los CAPS Municipales atienden también a los niños que pertenecen a este Programa, quienes deben asistir al Centro cada 15 días para observar su desarrollo.

Tabla 7. Plan Mamá - Cantidad de Beneficiarias Atendidas por CAPS Municipal

Zona de Salud	Padrón Actual. a fecha	CAPS Municipal	Datos	Semana de Gestación			Nacimiento	Total
				26 a 29	30 a 33	34 a 40		
Capital	30/11/2010	San Gerardo	Cantidad (Nº)	3	1	2		6
			Monto (\$)	600	200	400		1.200
		Las Rosas	Cantidad (Nº)	1		5	2	8
			Monto (\$)	200		1.000	800	2.000
		Latinoamérica	Cantidad (Nº)	3	4	3	1	11
			Monto (\$)	600	800	600	400	2.400
		San Marcos	Cantidad (Nº)	6	6	6	4	22
	Monto (\$)		1.200	1.200	1.200	1.600	5.200	
	Villa Lanús	Cantidad (Nº)	2	2		1	5	
		Monto (\$)	400	400		400	1.200	
	Los Paraísos	Cantidad (Nº)		5	2	2	9	
		Monto (\$)		1.000	400	800	2.200	
	Total Mes							14.200
		31/12/2010	San Gerardo	Cantidad (Nº)	2	3		2
Monto (\$)				400	600		800	1.800
Las Rosas			Cantidad (Nº)	4	1	1	4	10
			Monto (\$)	800	200	200	1.600	2.800
Latinoamérica			Cantidad (Nº)	1	3	4	2	10
			Monto (\$)	200	600	800	800	2.400
San Marcos			Cantidad (Nº)	5	7	7	3	22
		Monto (\$)	1.000	1.400	1.400	1.200	5.000	
Villa Lanús		Cantidad (Nº)	1	4	2	1	8	
		Monto (\$)	200	800	400	400	1.800	
Los Paraísos		Cantidad (Nº)	4		5	2	11	
		Monto (\$)	800		1.000	800	2.600	
Total Mes							15.400	

Fuente: Plan Mamá Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones

Otros Programas

Además de los Programas principales descritos, los Centros tienen bajo su responsabilidad concretar, también, las acciones de otros Programas como el Programa Regular de Inmunizaciones (Nacional), Prevención y Control de Diabetes (Provincial) y Control de Hipertensos.

Los indicadores sanitarios que deben alcanzar cada Centro dependen de los Programas que ejecuten, cada uno tiene su objetivo y particularidad a ser alcanzada.

Al indagar sobre las tecnologías con la que cuenta cada Centro el resultado fue que el 50% de los CAPS no cuentan con teléfono fijo, no poseen servicios de internet, un Centro no cuenta con computadoras personales (las rendiciones del Plan Nacer se hace en la Dirección de APS). Los médicos cuentan con los elementos necesarios para realizar las consultas en un 60%, ya que a los CAPS remodelados a nuevo se les proporcionó el equipo necesario, en igual situación se encuentra el área odontológica. Todos los Centros cuentan con su Farmacia, en algunos casos las instalaciones son adecuadas a los requerimientos y en otros se encuentran en proceso de organización.

Respecto al área de cobertura, a qué Barrios prestan atención. No contaban con un mapa o croquis de ubicación geográfica y área de cobertura específica. Esto se debe a que no solo atienden a la población de Barrios aledaños sino a toda persona que ingrese al CAPS independiente al domicilio que tenga, ya que esa es la modalidad de atención, Tabla 9. No pudieron precisar la cantidad de población que habita en cada área aproximada de cobertura.

Los registros estadísticos con que cuentan son:

- Embarazadas bajo control
- Menores de 6 años bajo control
- Diabéticos bajo control
- Vacunación
- Hipertenso bajo control en siete Centros.
- Desnutridos bajo control sólo en dos Centros, los otros no tienen en su área de cobertura personas en esa situación, en un CAPS especifican que no tiene desnutrido pero de bajo peso sí.
- Hambre Cero atienden a personas comprendidas en este Programa en la mitad de los CAPS, en la medida que se presentan estas situaciones asumen su prestación, comentan que es un Programa nuevo que recién se está implementando, hasta el momento hay pocos niños en esta situación.
- Los pacientes que se atienden en cada CAPS cuentan con su Historia Clínica porque es uno de los requisitos a cumplimentar para el Plan Nacer, además del fichero cronológico; la actualización de los mismos, es decir la carga en el sistema informático no se encuentra actualizada en un cien por cien, lo van

Tabla 8. CAPS - Área de Cobertura

CAPS	Ubicación	Área de Influencia
San Gerardo	Chacra 128	Atiende a los vecinos de las Chacras 128 y 122. A las personas de las Chacras 121, 127 y 134, también de las Chacras 91 y 96 que están más distantes del Centro
Las Rosas	Chacra 77	Trabaja con 4 Chacras 77, 75, 78 y 98. También asisten a las personas que habitan en las Chacras 229, 230, 231 y 232
Latinoamérica	Barrio Latinoamérica	Con los Barrios de Viviendas construidos por el Instituto Provincial de Desarrollo Habitacional 180 y 40 viviendas, Barrios Aeroclub, Prosol, Gauchito Gil
San Marcos	Barrio San Marcos	Atiende a los Barrios San Marcos, Altos de Vella Vista Independencia, San Onofre, las Dolores y Villa Dolores
Paraíso	Barrio Paraíso	Su área de cobertura abarca el Barrio Paraíso, Porvenir, parte de Miguel Lanús, Don Pedro y Fátima
Miguel Lanús	Barrio Villa Lanús	Atiende a la población de ese barrio y al Barrio Fátima y áreas aledañas
Dos de Abril	Chacra 238	Atiende a las personas que viven en las Chacras 233, 237, 238, 239 y también a la 99, 117, 234 y 240
Itaembé Miní	Zona de Itaembé Miní, comprenden a los Barrios de las viviendas construidas por el Instituto Provincial de Desarrollo Habitacional	B1 Vivienda, B2 240 Viviendas, B3 222 Viviendas, B4 276 Viviendas y A2 Viviendas, parte del Barrio de las viviendas provinciales de San Isidro

Fuente: Elaboración propia

actualizando en la medida de las posibilidades dado que hay poco personal administrativo para la carga y lo principal es la rendición y facturación del Plan.

- No cuentan con normas escritas sobre procedimientos para el Centro de manera específica. Existen procedimientos establecidos para cada Programa o Plan que ejecutan, donde están definidas las actuaciones que se deben desarrollar para cumplimentar los objetivos de cada uno de ellos. Es decir que las normas con que cuentan no son propias sino del Programa que ejecutan.

Tabla 9. Estadísticas del Centro de Salud

Estadísticas	Cantidad de Centro de Atención Primaria de la Salud			
	8	7	4	2
Embarazo bajo control	X			
Menores de 6 años bajo control	X			
Desnutridos bajo control				X
Diabéticos bajo control	X			
Hipertenso bajo control		X		
Hambre Cero			X	
Vacunación	X			
Historia clínica	X			
Fichero cronológico	X			

Fuente: Elaboración propia

- Poseen planillas de consultas diarias pero la utilizan simplemente para anotar el orden de la cita de los pacientes, no hacen estadísticas de la cantidad de pacientes que atienden.

Las que corresponde a enfermería se anotan directamente en la planilla que corresponde, por ejemplo si hacen una vacuna a un niño lo registran en la planilla de Vacunación que dará lugar a la carga de datos estadísticos pertinentes, no tienen una estadística propia del sector de enfermería que abarque todas las actividades que se ejecutan en particular en este ámbito.

Sí poseen planillas respecto al Plan Nacer, Remediar, Remediar Misionero porque forma parte de los requisitos a cumplimentar de cada programa, se los utiliza sólo para este fin.

La cantidad de personas que atienden por día varía según si en un turno atienden todos los médicos, o sólo el clínico y otro especialista. Las enfermeras explican que las planillas de turno tienen 20 renglones lo que indica que cada profesional atiende a 20 pacientes por día. A los que se debe agregar los que atienden las enfermeras como vacunas, toma de presión, curación, etc. En uno de los CAPS con menor infraestructura expresan que atienden entre 400 y 500 personas por mes, pero no cuentan con un registro que permita determinar fehacientemente dicha cantidad.

Las primeras causas de consultas:

- De los niños son respiratorias como bronquitis, broncolitis, alergia, asma, broncoespasmo; también las enfermedades estacionales del verano, vómito y diarrea. Para cumplimentar el esquema de vacunación, por certificados médicos para la escuela, asisten al odontólogo.
- Los jóvenes van a los CAPS por enfermedades estacionales, por certificados médicos cuando no se encuentran bien de salud y para obtener profilácticos y anticonceptivos; también asisten al odontólogo. Asisten a los Centros padres e hijos para la obtención de la certificación correspondiente a la Asignación Universal por Hijo. Las jóvenes embarazadas para su control del Plan Nacer y Mamá. Las adolescentes menores de edad para retirar anticonceptivos.
- Los adultos asisten al CAPS para continuar en el tratamiento y control de enfermedades como diabetes, hipertensión, cardiopatías, nivel óseo, en caso de requerir algún tratamiento más especializado se lo deriva a otro nivel de atención, las mujeres embarazadas para el control respectivo de su embarazo y salud reproductiva.

Cuando un paciente se presenta en el CAPS en una situación que no puede ser atendido con los recursos del Centro porque requiere un nivel de mayor complejidad para su atención, la conexión se hace siempre con el Hospital Madariaga, que es el Hospital Central de Posadas, llamando telefónicamente al número 107, emergencia médica, es decir se llama a la ambulancia del Hospital para que lo trasladen; en el caso de los CAPS Miguel Lanús y Paraíso se comunican con el Hospital de Fátima que se encuentra ubicado muy cerca de estos dos Centros.

Respecto a si reciben supervisión de la Municipalidad o de Salud Pública comentan que el contacto con la Municipalidad es permanente y en esas visitas se van supervisando las actividades. Con Salud Pública el contacto no es permanente, visitan los CAPS una vez al año sobre todo bajo el marco del Plan Nacer o para controlar la conservación y stock de las vacunas.

Reciben los insumos básicos del Municipio. Opinan que el suministro de algunos insumos es una cadena entre Nación – Provincia – Municipio. Jeringas/agujas descartables, vacunas, medicamentos de Remediar o Remediar Misionero, insumos provenientes del Programa Salud Sexual y Procreación Responsable, leche, apoyo nutricional.

4.1.6. Grado de Involucramiento

En cuanto a la situación de gestión en la que se encuentra actualmente el Centro, con respecto a los recursos humanos, al equipamiento, a los insumos, a la infraestructura, a la población a atender; se puede concluir que la pregunta tuvo dos respuestas distintas en función a la situación edilicia y de infraestructura de los Centros de Salud.

Para ello es importante aclarar que algunos Centros fueron remodelados o construidos a nuevos, invirtiendo así los fondos del Plan Nacer; pero no todos. Si bien se encuentran en ese proceso de reforma no pueden avanzar porque el terreno donde se va a construir, que es el mismo en el cual funcionan ahora, no es propiedad del Municipio. Y para poder invertir fondos del Plan Nacer, por ejemplo, es un requisito indispensable que el terreno donde se vaya a construir, su propietario sea el Municipio.

Entonces los que tienen estructura edilicia remodelada o construida a nueva, cuentan con muy buenas comodidades, con equipamientos médicos y odontológicos nuevos y completos, mobiliarios nuevos; la opinión de las personas que trabajan en estos CAPS es que se encuentran muy bien, que trabajan bien, el grupo humano que conforma el equipo de trabajo da lo mejor de sí al realizar su tarea, que cuentan con insumos y medicamentos pero que nada alcanza porque las necesidades son muchas y muy variadas. En cuanto a la atención de la población se concreta en

horario corrido, en dos turnos, a cada paciente se le abre una historia clínica y se le atiende con lo mejor que cuenta el Centro.

Los que continúan en los CAPS sin refaccionar expresan que le faltan muchas cosas en especial la parte edilicia y de infraestructura, pero que están esperanzados que en un tiempo próximo comenzará la remodelación o construcción de su Centro, que si bien cuentan con el equipamiento mínimo dan la mejor prestación posible. Lo que solicitan es personal sobre todo de servicios ya que un porcentaje importante no tienen personal de limpieza.

En cuanto al recurso humano todos opinan que se debería reforzar sobre todo en el área administrativa ya que no todos cuentan con administrativos y esa tarea la asumen las enfermeras que ven recargadas sus tareas y personal de limpieza, ya que la limpieza es fundamental en un Centro sanitario.

Lo que se evidencia como un reclamo compartido por todos los Centro es respecto a la condición laboral, expresan que necesitan tener una estabilidad laboral porque llevan muchos años, en promedio 10, contratados sin relación de dependencia o con contratos de prestación de servicios bajo el régimen de monotributista y esto conlleva a que no puedan asumir responsabilidades familiares y temen perder su empleo al término del contrato de prestación de servicios. Esperan mejoras en su situación laboral cuando termina cada año y cada gestión, pero lo que obtienen en los mejores de los casos es cambiar de figura, de monotributistas a contratados sin relación y nuevamente tienen que esperar varios años para poder acceder a un cargo en la planta permanente del Municipio.

En caso de introducirse cambios en el modelo de gestión del CAPS, cuyo objetivo sea optimizar su funcionamiento, el 100% de los Responsables de los Centros de Atención apoyaría el cambio. Fundamentando, en la mayoría de los casos, que optimizar la manera de brindar los servicios permitiría una mejora en la atención que se vería reflejado en el logro de mejores indicadores sanitarios del área bajo cobertura.

La situación socioeconómica de la población en la zona donde se halla emplazado cada Centro de Atención Primaria es en un 80% de escaso recurso, el resto es de clase media. Con la entrega de las viviendas construidas por el gobierno de la Provincia de Misiones, en determinados barrios del Municipio, esta tendencia

ha mejorado, porque la gente que habita en esas viviendas son empleados públicos en un mayor porcentaje y además de una remuneración mensual tienen cobertura social, lo que implica mejores condiciones económicas. En uno de los CAPS aclara el entrevistado que si bien la condición socioeconómica de los habitantes de la zona es mala, la situación sanitaria es media, porque se preocupan por su salud. En otro Centro visitado reconoce que la condición socioeconómica antes era pobre cuando la Entidad Binacional Yacyretá no había relocalizado a los vecinos de esa zona, que vivían cerca del río, ahora que ese proceso ha terminado la condición ha mejorado; ahora es media, viven gente que trabaja en la Administración Pública Provincial y cuenta con cobertura social, estima que todavía queda un 30% de pobres, que todavía el barrio cuenta con dos comedores.

Encuanto a la situación sanitaria de la población bajo zona de cobertura es mala porque es el reflejo de la condición socioeconómica; con excepción del CAPS que se comentaba en el párrafo anterior.

La proporción de la población que tiene cobertura social alcanzaría un 20% en general.

Las Actividades Comunitarias que desarrollan los Centros de Salud lo concretan en Charlas de Prevención sobre el dengue, salud bucal; se realizan talleres sobre alimentación, nutrición. Uno de los CAPS trabaja con las personas de la tercera edad, realiza talleres para este grupo de personas sobre los cuidados de la salud ante determinadas enfermedades, respecto a la alimentación, organizan pequeños paseos como, por ejemplo, un recorrido en ómnibus por la Costanera de la Ciudad de Posadas.

Las Visitas Domiciliarias se dan muy poco, no se estilan visitas programadas o recordatorias. En cuanto a las enfermeras, asisten a algunos vecinos que por estar enfermos no pueden venir al CAPS, realizando prestaciones como inyecciones, control de hipertensión o curaciones. En dos CAPS cuya infraestructura es mínima y están asentados en lugares distantes al casco céntrico, se hacen a veces recorridas en el terreno (área de cobertura) porque no cuentan con una asistente social, los dos realizaron una campaña de vacunación, revisaron las Libretas de Vacunación de los niños; uno de los Centros hizo una campaña de prevención sobre el dengue, fiebre amarilla, gripe A, explicando verbalmente sobre el tema y entregando folletería.

4.2. Resultados de las Encuestas a los Clientes-Pacientes de los Centros de Atención Primaria

4.2.1. Particularidades del Encuestado

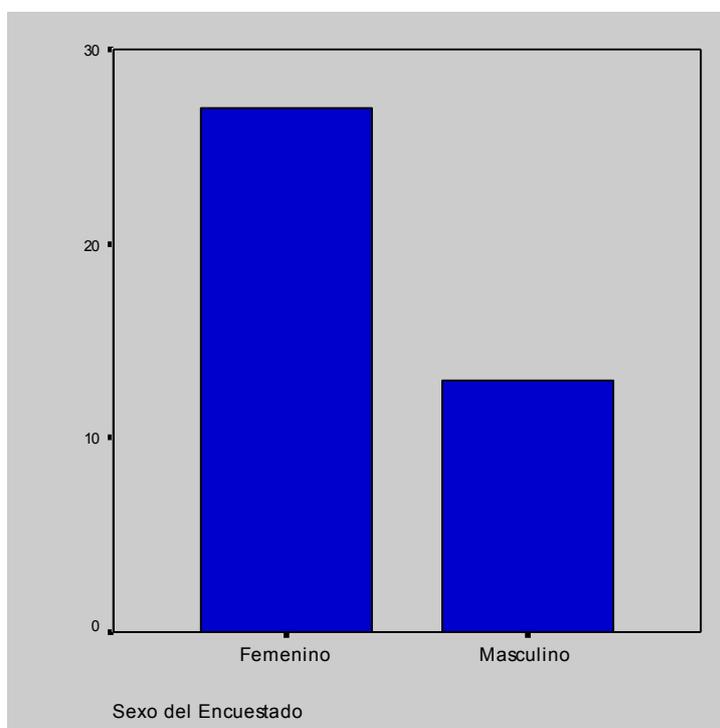
Observadas las particularidades de las personas encuestadas en los Centros de Atención Primaria de la Salud, el 67,5% pertenecían al sexo femenino, Tabla 10.

Tabla 10. Sexo de las Personas Encuestadas

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	27	67,5
Masculino	13	32,5
Total	40	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4. Sexo de las Personas Encuestadas



Fuente: Elaboración propia

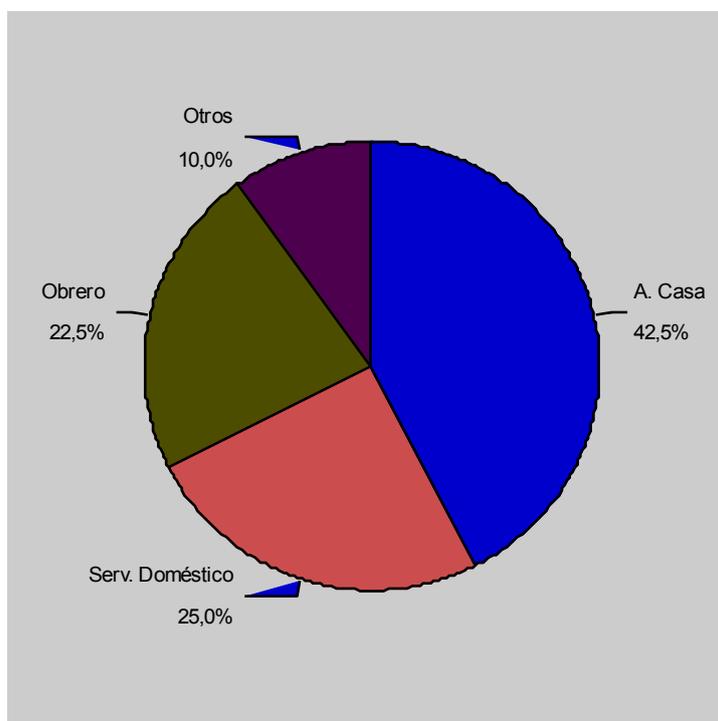
La ocupación predominante de los usuarios del Centro de Salud fue ama de casa, representando el 42,5% y servicio doméstico el 25%, Tabla 11.

Tabla 11. Situación Laboral de los Encuestados

	Frecuencia	Porcentaje
Ama Casa	17	42,5
Servicio Doméstico	10	25,0
Obrero	9	22,5
Otros	4	10,0
Total	40	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5. Situación Laboral de los Encuestados



Fuente: Elaboración propia

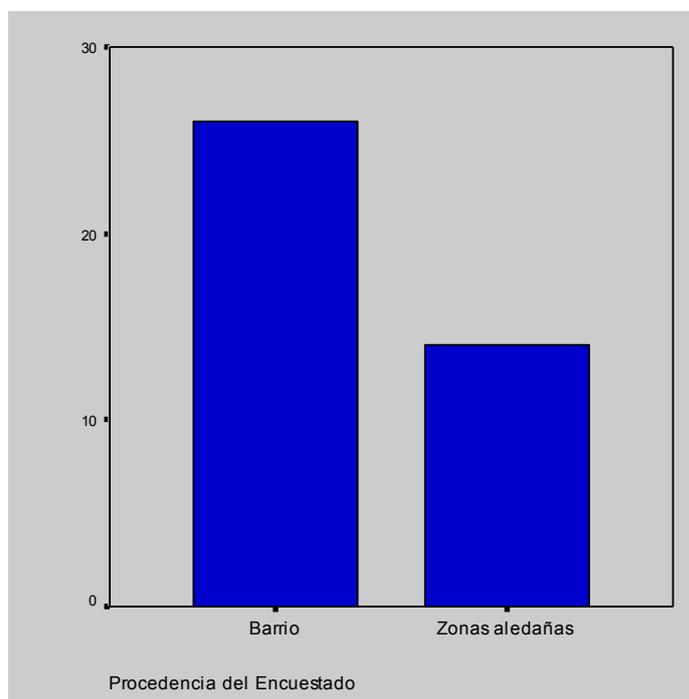
La procedencia del usuario de la demanda mayoritariamente pertenecían al barrio donde se encuentra ubicado geográficamente el Centro de Salud, 65% y el 35% restante provenían de zonas aledañas, Tabla 12.

Tabla 12. Procedencia de los Usuarios de la Demanda

	Frecuencia	Porcentaje
Barrio	26	65,0
Zonas aledañas	14	35,0
Total	40	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 6. Procedencia de los Usuarios de la Demanda



Fuente: Elaboración propia

4.2.2. Demanda

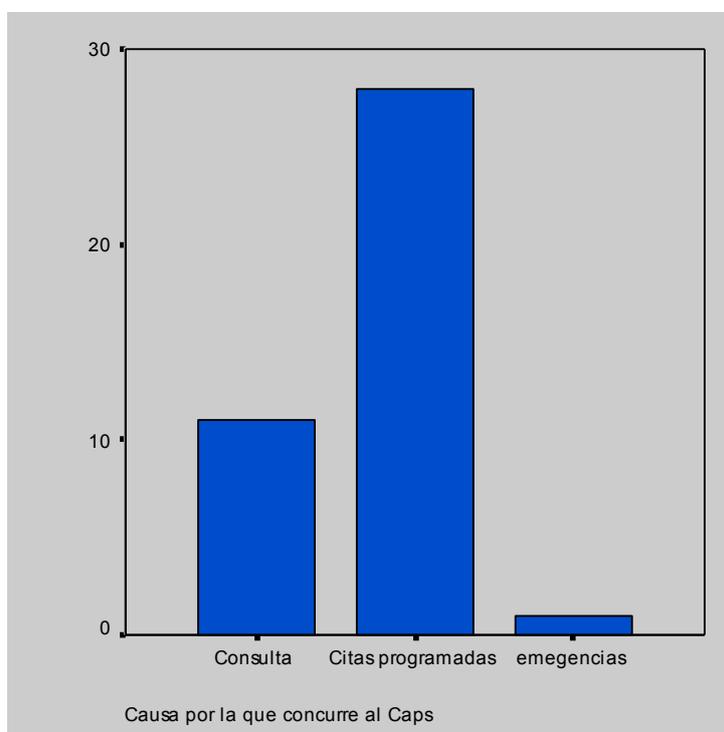
El principal motivo por el cual las personas acuden a la consulta son por citas programadas, el 70%; debido a que los pacientes que son beneficiarios de cada uno de los Programas que se ejecutan en el Centro deben cumplimentar con los requisitos de atención establecidos en cada uno de ellos, por ejemplo las embarazadas con sus controles médicos periódicos al igual que los niños con sus atenciones pediátricas. Le acompañan con menor importancia, 27,5%, la consulta motivada por la presencia de síntomas de una enfermedad, Tabla 13.

Tabla 13. Motivo de la Consulta al Centro de Salud

	Frecuencia	Porcentaje
Consulta	11	27,5
Citas programadas	28	70,0
Emergencias	1	2,5
Total	40	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 7. Motivo de la Consulta al Centro de Salud



Fuente: Elaboración propia

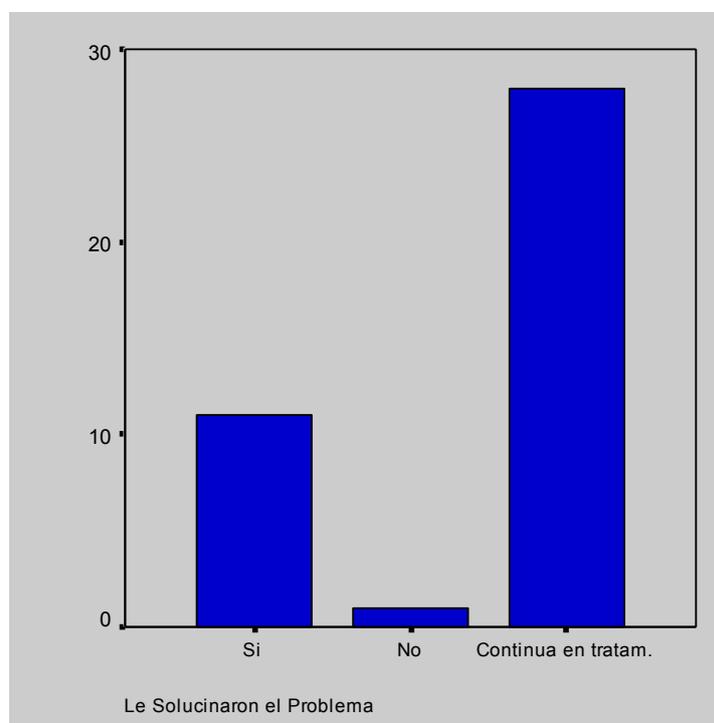
Respecto a si el Centro de Atención Primaria de la Salud le resolvió el problema por el cual acudió en busca de atención, el 70% respondió que por ser beneficiario de un Programa que abarca el problema por el cual acudió continua en tratamiento y el 27,5% afirmaron que se solucionaron, Tabla 14.

Tabla 14. Solución al Motivo de la Consulta

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	27,5
No	1	2,5
Continua en tratamiento	28	70,0
Total	40	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 8. Solución al Motivo de la Consulta



Fuente: Elaboración propia

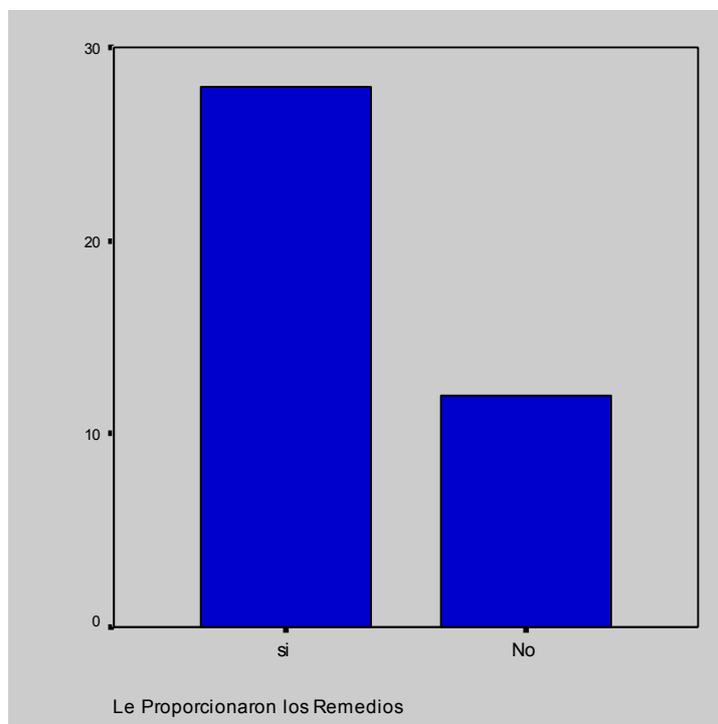
Ante la consulta respecto al suministro de medicamentos que el Centro brinda a través de su propia farmacia a los pacientes, en el 70% de los casos los remedios recetados les fueron proporcionados a los usuarios, Tabla 15.

Tabla 15. Suministro de Remedios

	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	70,0
No	12	30,0
Total	40	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 9. Suministro de Remedios



Fuente: Elaboración propia

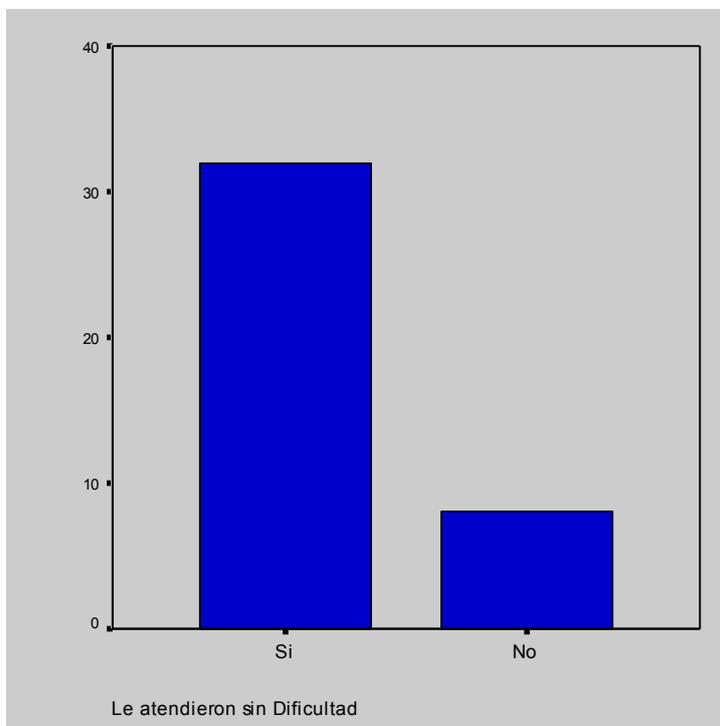
4.2.3. Opinión

En cuanto al primer contacto del paciente con el Centro de Atención, de total de usuarios demandantes de una atención, el 80% fue atendido sin inconvenientes y con buena predisposición por parte del personal del Centro, Tabla 16, quienes les indicaron los pasos a seguir para acceder a una cita con el médico.

Tabla 16. Le Atendieron sin Dificultad

	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	80,0
No	8	20,0
Total	40	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 10. Le Atendieron sin Dificultad

Fuente: Elaboración propia

Respecto al tiempo que tarda para conseguir una cita con el médico del Centro, consideran que se les dificulta acceder de una manera rápida a una atención en un 60%, porque los médicos atienden aproximadamente a 20 personas por día, lo que implica que el paciente debe asistir en horas muy temprana de la mañana para poder conseguir un turno y ser atendido por el médico que necesita.

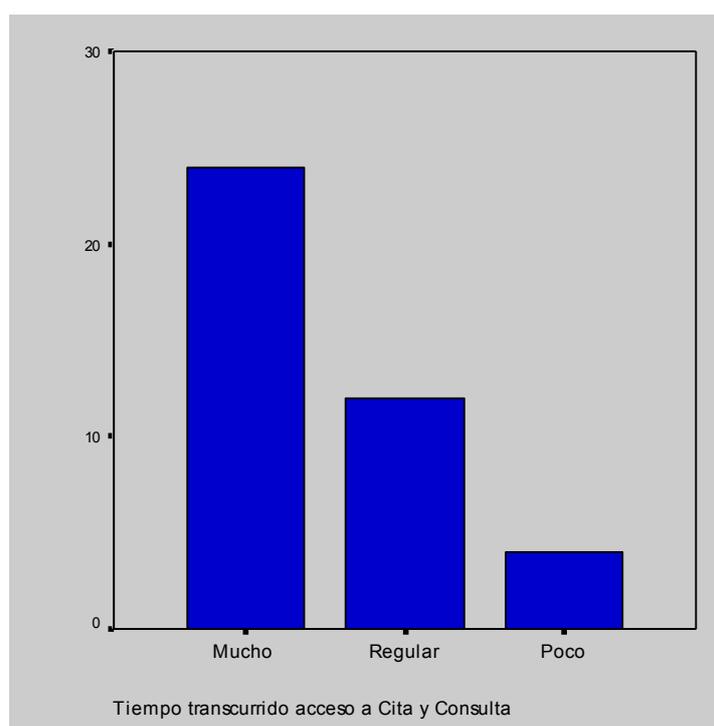
La misma situación se presenta al considerar el tiempo de espera para acceder a la consulta, un 60% opinó que el tiempo para acceder al consultorio del médico es mucho, primero hay que esperar que el profesional llegue al Centro, después debe esperar el orden de atención que le toca según la planilla de citas y en algunas ocasiones el profesional médico o especialista no se presenta y un 30% señaló que el tiempo es regular, Tabla 17.

Tabla 17. Tiempo de Espera para Conseguir Cita y Acceder a la Consulta

	Frecuencia	Porcentaje
Mucho	24	60,0
Regular	12	30,0
Poco	4	10,0
Total	40	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 11. Tiempo de Espera para Conseguir Cita y Acceder a la Consulta



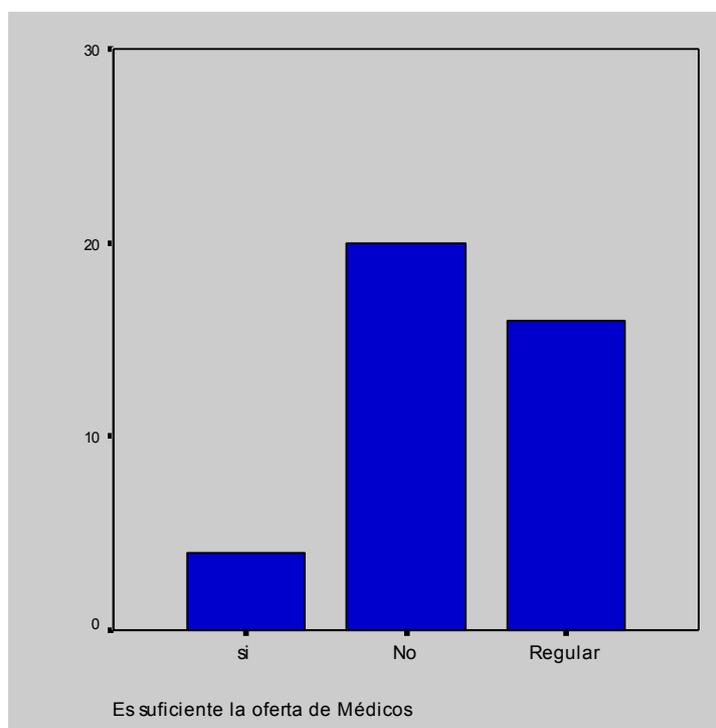
Fuente: Elaboración propia

Consultados si considera suficiente la oferta de los médicos de cada Centro, el 50% consideró que no, el 40 que la oferta es regular, Tabla 18.

Tabla 18. Oferta de Médicos

	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	10,0
No	20	50,0
Regular	16	40,0
Total	40	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 12. Oferta de Médicos

Fuente: Elaboración propia

Y respecto a si considera suficiente la cantidad de recursos humanos que trabaja en el Centro, el 100% considera que se debe incorporar más personal en todos los estamentos a los efectos de mejorar el nivel de atención, tanto de enfermeras, como administrativo, personal de apoyo y asistente social, Tabla 19 a 22.

Tabla 19. Considera Suficiente la Cantidad de Enfermera

	Frecuencia	Porcentaje
No	40	100,0

Fuente: Elaboración propia

Tabla 20. Considera Suficiente la Cantidad de Administrativos

	Frecuencia	Porcentaje
No	40	100,0

Fuente: Elaboración propia

Tabla 21. Considera Suficiente la Cantidad de Personal de Apoyo

	Frecuencia	Porcentaje
No	40	100,0

Fuente: Elaboración propia

Tabla 22. Considera Suficiente la Cantidad de Asistente Social

	Frecuencia	Porcentaje
No	40	100,0

Fuente: Elaboración propia

4.2.4. Grados de Satisfacción de sus Expectativas y Necesidades

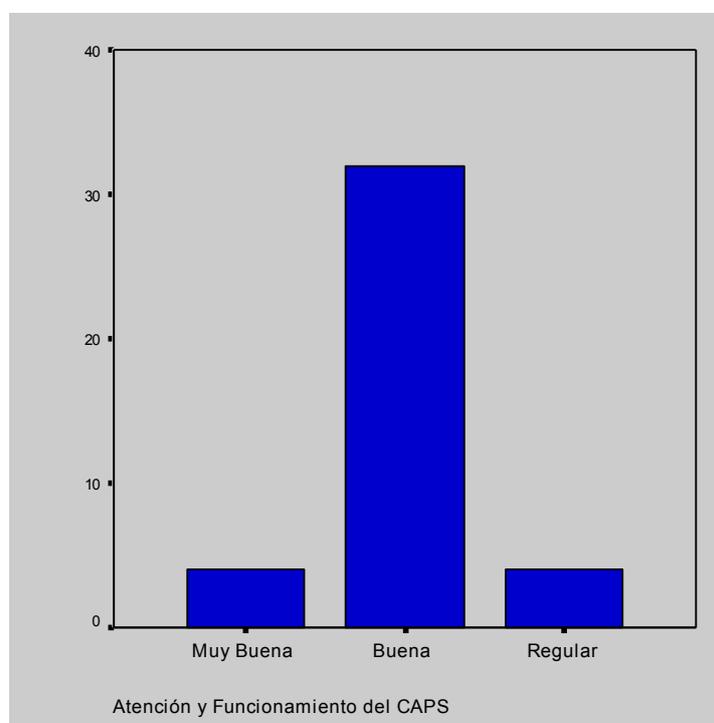
En cuanto a la atención de los profesionales, del personal y el funcionamiento general del CAPS, las respuestas coincidieron en una buena prestación de servicios en el 80% de las personas en encuestadas, Tabla 23.

Tabla 23. Atención y Funcionamiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy Buena	4	10,0	10,0
Buena	32	80,0	90,0
Regular	4	10,0	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 13. Atención y Funcionamiento



Fuente: Elaboración propia

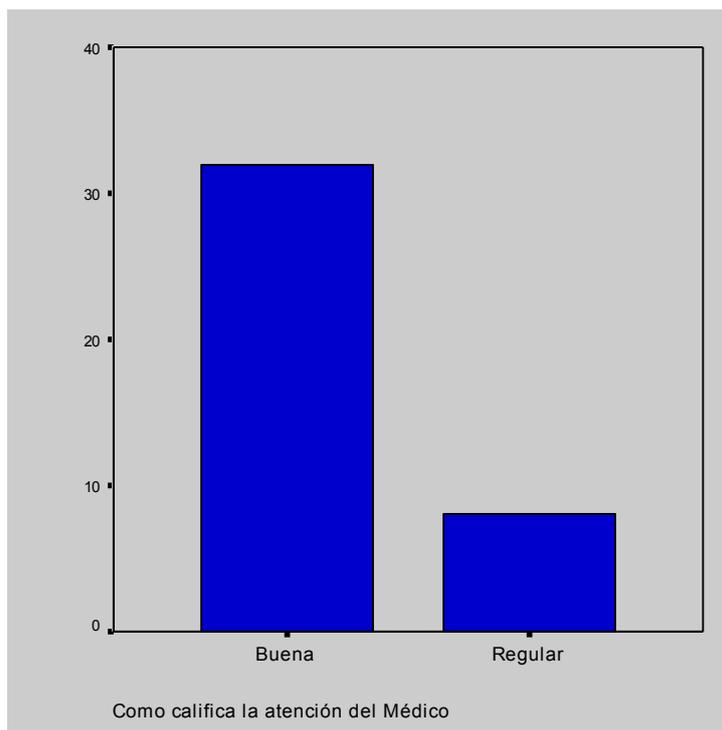
Al ser consultados como considera la atención médico-paciente, el 80% consideró que la relación es buena y el 20% regular, Tabla 24.

Tabla 24. Atención Médica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Buena	32	80,0	80,0
Regular	8	20,0	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 14. Atención Médica



Fuente: Elaboración propia

Los usuarios encuestados consideraron en el 55% de los casos que las instalaciones están en buen estado, opinión que coincidió con los Centros que fueron remodelados ya que estos CAPS han cambiado los mobiliarios, incorporado tecnologías tanto para la atención médica como odontológica y la situación de

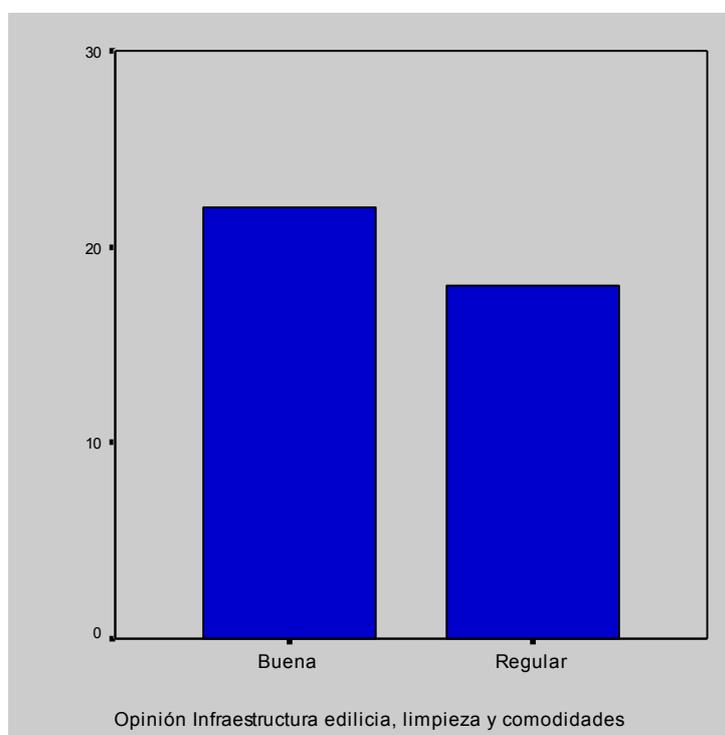
estado regular, 45%, se corresponde con aquellos en los cuales el proceso de refacción aún no se ha concretado, Tabla 25. Estos porcentajes se asimilan a la opinión respecto a la limpieza, apariencia o calidez del ambiente y a la comodidad del lugar.

Tabla 25. Opinión sobre la Estructura Edilicia, Limpieza, Apariencia y Comodidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Buena	22	55,0	55,0
Regular	18	45,0	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 15. Opinión sobre la Estructura Edilicia, Limpieza, Apariencia y Comodidad



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la opinión proporcionada sobre qué aspecto sería necesario mejorar para optimizar la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente, la respuesta fue la necesidad de incorporar más recurso humano para agilizar la atención en cada Centro y respecto a los profesionales médicos especialistas que incorporen más horas de atención, atendiendo durante todo el horario que el CAPS presta servicio; esta nueva situación permitiría acortar el tiempo de espera para conseguir ser atendido por un profesional. Otra opinión reflejada estuvo asociada a que era necesaria una mejora edilicia porque las condiciones actuales no eran buenas y tampoco cómodas, respuesta que coincidió con los pacientes que asisten a los CAPS que aún no están en el proceso de refacción.

CAPITULO V - MODELO DE GESTION ESTRATÉGICA POR PROCESOS PARA LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Las organizaciones más innovadoras y avanzadas están centrando sus metas de gestión en lograr la calidad total. La tendencia será trabajar mediante equipos de altos rendimientos, que una vez que han alcanzado la meta propuesta, desaparezcan y se vuelven a crear para dar respuesta a los nuevos retos que se planteen, sin esperar que se produzca hechos trascendentales para producir un cambio.

Una organización eficiente cambia hacia los procesos, concentrando los esfuerzos y trabajando con una visión de objetivos hacia el cliente. Trabajar en esa dirección implica que todos los profesionales, de una organización, expresan una tendencia manifiesta de satisfacer las expectativas y necesidades de sus clientes.

En este contexto se aporta el Modelo de Gestión Estratégica por Procesos, para los Centros de Atención Primaria de la Salud que tengan características similares a los Centros de Salud investigados en el Municipio de la ciudad de Posadas.

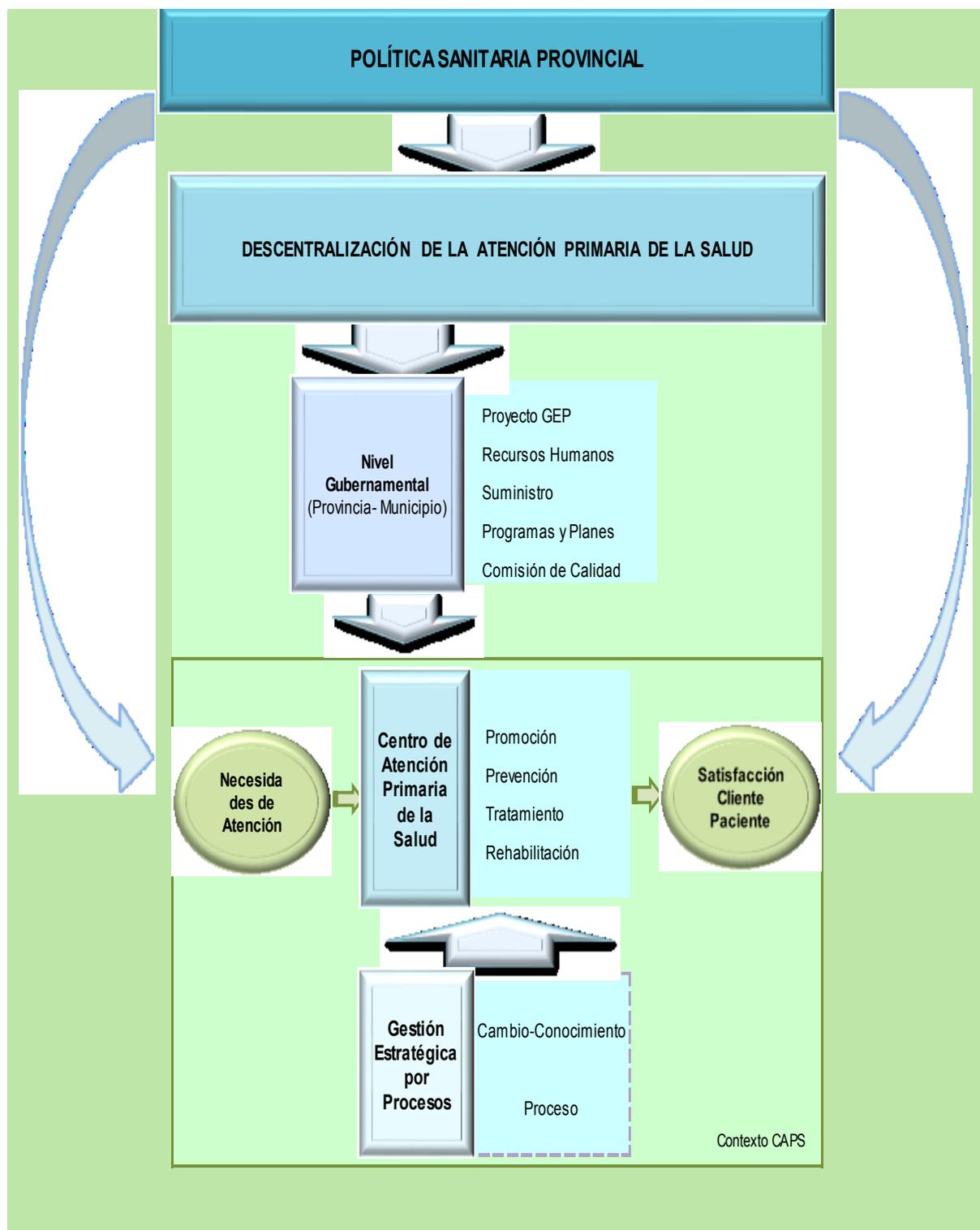
Este Modelo surge en el marco de la política sanitaria definida por el gobierno de la Provincia, cuyo sustento se fundamenta en la Ley de Salud enmarcada en la descentralización gradual y permanente de la gestión de la Atención Primaria.

En el mismo las actividades desarrolladas en el ámbito del CAPS, deben estar orientadas y dinamizadas a las acciones de promoción, prevención y protección de la salud y a la atención propia de la enfermedad. Si bien este enfoque se corresponde con el marco de la descentralización de la gestión de la APS definida como política sanitaria, lo nuevo radica en la incorporación de la GEP que optimizará la gestión del Centro, Figura 4, logrando satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes-pacientes ante la necesidad de atención.

El Modelo se conforma de dos partes, Figura 5:

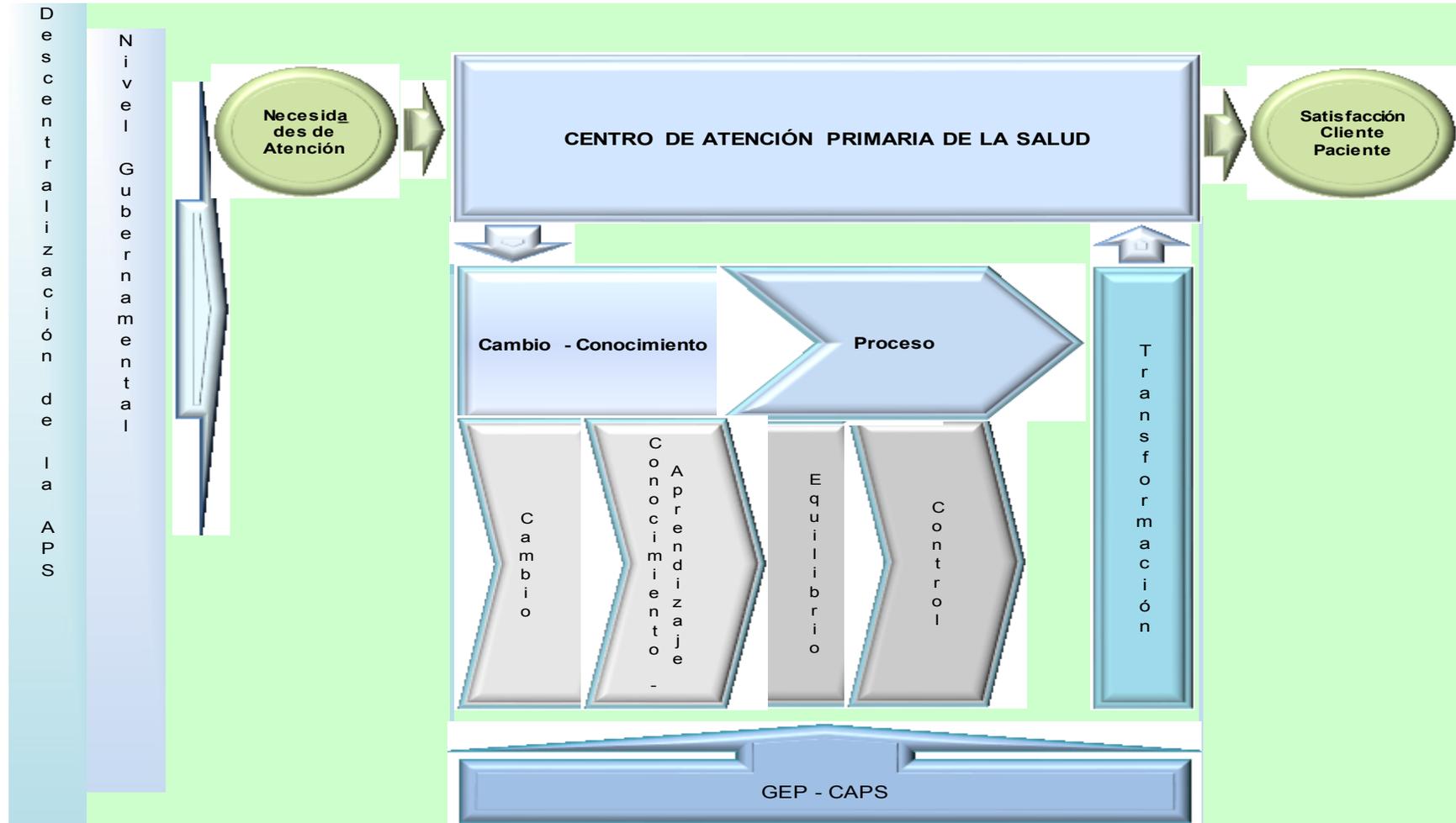
- Gestión del cambio – conocimiento y
- Gestión por procesos

Figura 4. Contexto Sanitario del Modelo GEP para Centros de Salud



Fuente: Elaboración propia

Figura 5. Modelo Sistémico para el Centros de Atención Primaria de la Salud



Fuente: Elaboración propia

5.1. Primera Parte: Gestión del Cambio – Conocimiento

5.1.1. Cambio

Toda organización en función al servicio que brinda, define la estrategia que representa un macro-objetivo para ella y a partir de este objetivo se elaboran los procesos como elementos claves para alcanzar esta meta.

El aporte de la gestión por procesos orienta a la organización a hacer predominar el proceso sobre la función; por lo que el hecho de implantar la gestión por procesos, replantea el objetivo. Se persigue que toda la organización se oriente hacia el cliente, dejando de lado la tradicional visión jerárquica, de manera que todos los que forman parte de la organización piensen de manera más práctica para tener al cliente satisfecho con la atención prestada y con los servicios que se prestan.

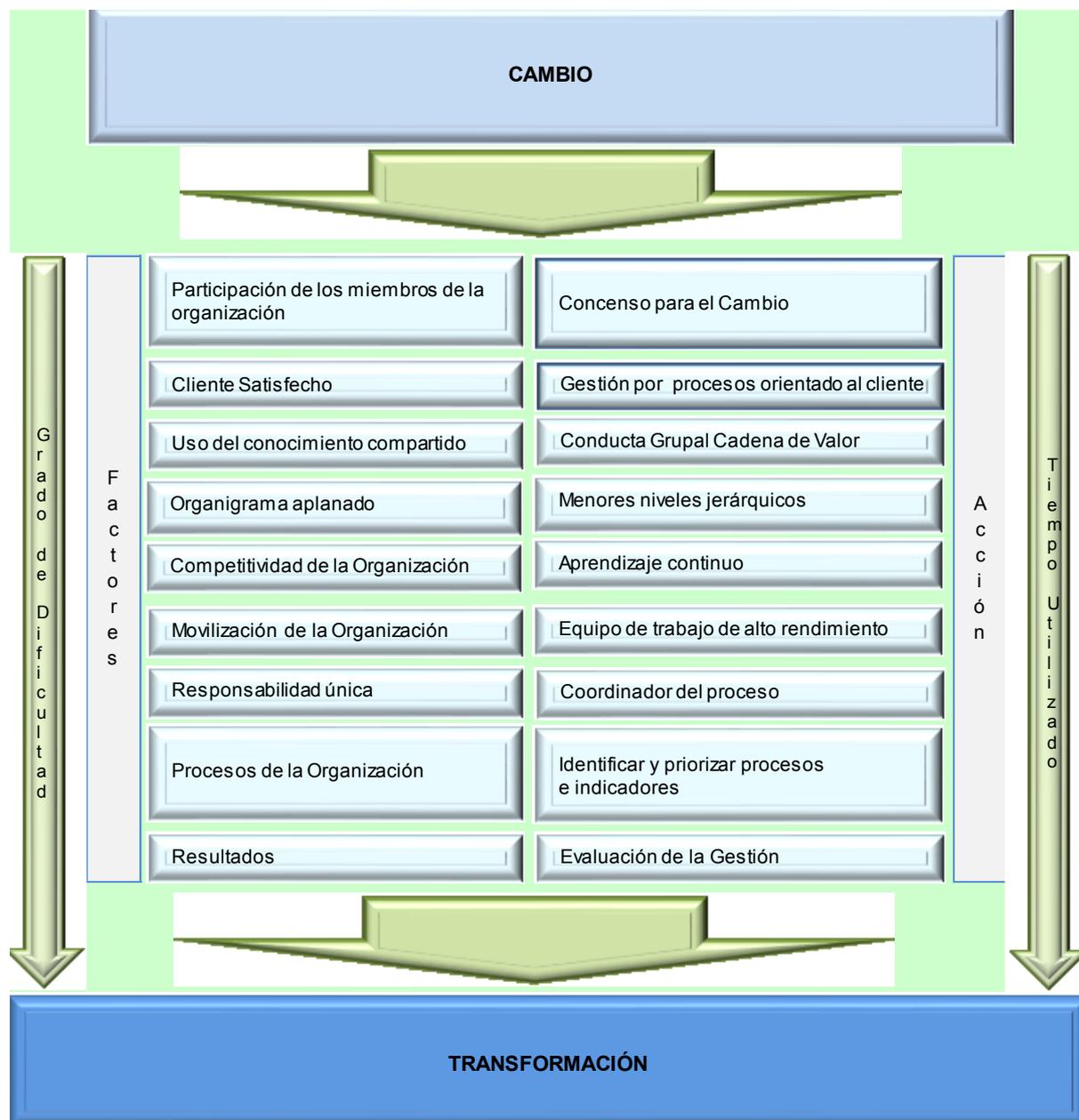
La incorporación de este modelo en el Centro de Salud, como línea estratégica de la Intendencia, es un reto muy importante para la organización sanitaria, ya que requiere de un cambio cultural para todos los profesionales que participan en los distintos procesos del Centro.

El cambio es un proceso que abarca todas las actividades dirigidas a ayudar a la institución para que incorpore y adopte nuevas actitudes. Un proceso de cambio ocurre de forma eficiente si todos los miembros de la organización están comprometidos con él ya que el cambio ocurre a través de las personas.

Y en este sentido se adopta a Morris y Vargas, que visualizaron el cambio a partir del conocimiento, las actitudes, la conducta individual y el desempeño de grupo; especificando que a medida que se avanza de un nivel a otro la dificultad y el tiempo transcurrido es mayor para lograr el cambio. Que el cambio presenta menor dificultad y requiere menor tiempo cuando se prevén desde el conocimiento y es desde el conocimiento que se inicia el Modelo propuesto.

El Gráfico 20 expone los factores que entran en juego cuando se propone el cambio hacia una organización sistémica. Cuando mayor es la complejidad del cambio para la transformación de la organización, mayores son las dificultades y el tiempo requerido, por lo que es necesario para minimizar tanto la dificultad como el tiempo:

Gráfico 16. Gestión de Cambio hacia una Organización Sistémica



Fuente: Elaboración propia

- Contar con la participación y el compromiso de todos los miembros de la organización.
- Lograr la satisfacción del cliente incorporando el modelo sistémico, la gestión por procesos orientado al cliente, que permitirá alcanzar el output deseado.

- El uso del conocimiento compartido permitirá obtener una conducta grupal que incorporará a la organización la cadena de valor necesaria para alcanzar la meta definida.
- Se requerirá un organigrama aplanado, con menores niveles jerárquicos, con mayor participación del nivel horizontal.
- Con mayor competitividad a través de un aprendizaje continuo.
- Esta transformación de la organización requerirá su movilización, la designación de una persona que asuma la responsabilidad del proceso, de la identificación de los procesos prioritarios y de la valuación para observar si la gestión está caminando hacia el cambio pretendido.

5.1.2. Conocimiento

Una organización inteligente es aquella que aprende continuamente, tanto ella, como sus miembros; siendo éstos últimos, elementos valiosos para cada Institución, ya que cuando son tomados en cuenta, generan un mayor compromiso con la misión y visión de la Institución, la que la hacen propia y actúan en función a ella. En este sentido se incorpora al Modelo, con el propósito de ser copartícipe del cambio, la visión sistémica propuesta por el modelo de Senge.

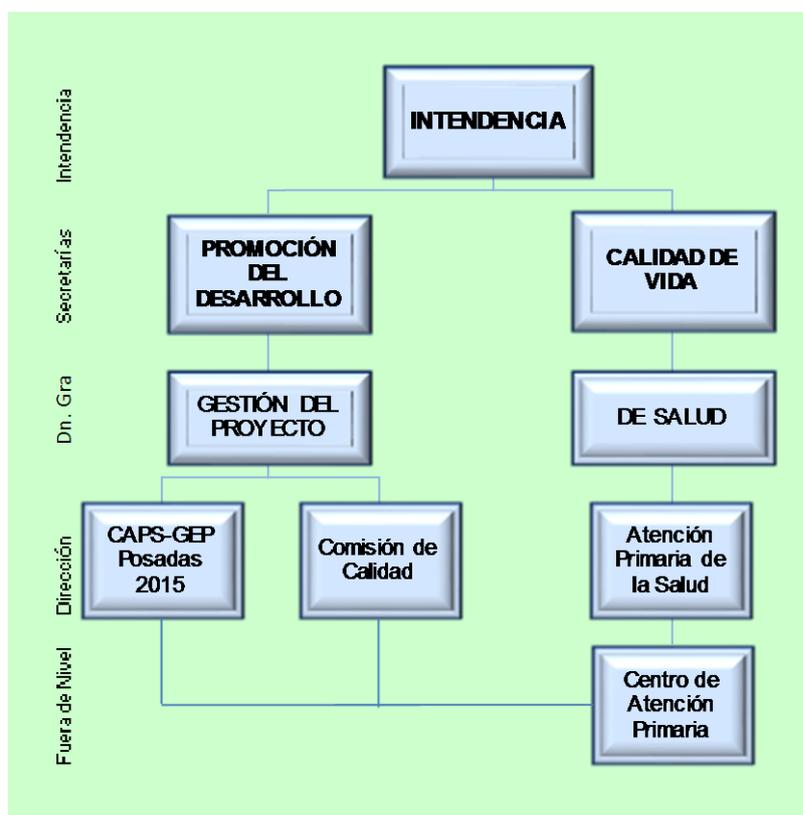
De manera de concretar el cambio en el nivel del conocimiento, se parte informando oficialmente al personal de la organización comprendido en el área de implementación del Proyecto. Este anuncio debe realizarse desde el nivel jerárquico del cual va a depender la puesta en marcha y ejecución del Proyecto, acompañado de la autoridad máxima del nivel gubernamental que se trate.

Desde la Secretaría de Promoción del Desarrollo (SPC) se iniciará el Proyecto: CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD – GESTIÓN ESTRATÉGICA POR PROCESOS - POSADAS 2015 (CAPS-GEP 2015).

Su puesta en marcha desde esta Secretaría, le otorga el Marco Institucional necesario para que las acciones se impulsen y concreten con decisión. Se crea, dependientes de la Dirección General de Gestión del Proyecto, las Direcciones de: Proyecto CAPS – Gestión Estratégica por Procesos – Posadas 2015 y Comisión de Calidad. En la Figura 6 se especifica su inserción en el Organigrama de la

Municipalidad de Posadas y su relación con la Secretaría de Calidad de Vida del cual dependen los CAPS. Se informa oficialmente del Proyecto al personal de las dos Secretarías por medio de una reunión informativa, comunicándose el cambio que se producirá en los Centros de Salud a través del Conocimiento – Aprendizaje, Gráfico 21.

Figura 6. Inserción del Proyecto CAPS – GEP 2015 en el Organigrama de la Municipalidad



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 17. Conocimiento - Aprendizaje



Fuente: Elaboración propia

5.1.2.1. Misión, Visión y Valores

Cuando la misión y visión de los Centros de Salud sea compartida por todos sus miembros como objetivo común; cuando hay una visión genuina donde la persona no sobresale ni aprende porque se le ordene sino porque lo desea, estamos en presencia de la construcción de una visión compartida. Porque brinda concentración y energía para el aprendizaje, crea una identidad común y es el primer paso para comenzar a trabajar en equipo.

En la misma reunión informativa se pone en conocimiento de los miembros de la organización involucrados en el Proyecto, la Misión, Visión y Valores que asumirán los Centros de Salud, Tabla 26

Tabla 26. Misión, Visión y Valores del Centro de Salud

Misión	Proporcionar servicios sanitarios en el ámbito de la atención primaria de la salud, de calidad, con eficacia y eficiencia, con énfasis en los aspectos preventivos destinados a lograr la salud individual y comunitaria de la población del Municipio, bajo los principios de universalidad, equidad y solidaridad.
Visión	Ser un Centro de Atención Primaria de la Salud de excelencia, de referencia, comprometido con el bienestar de los usuarios y la comunidad.
Valores	<ul style="list-style-type: none"> . Orientación al paciente. Satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes-pacientes. . Mejorar la calidad de vida de los ciudadanos a través de las actividades de AP . Calidad. Por medio de la evaluación y la mejora continua de nuestros resultados. . Eficacia. Actuar adecuadamente para el logro de los objetivos institucionales y de salud. . Eficiencia. La utilización adecuada de los recursos asignados. . Ética. Apego a los códigos, normas y principios del actuar del equipo de salud. . Respeto a los derechos y valores de las personas, la sociedad y el medio ambiente. . Trabajo en equipo. Compromiso conjunto para lograr nuestro objetivo. . Cumplir con nuestros compromisos.

Fuente: Elaboración propia

5.1.2.2. Formación del Equipo de Trabajo e Identificación de Procesos

5.1.2.2.1. Equipo de Trabajo

Fomentar el desarrollo de aptitudes de trabajo en equipo, pensar juntos para obtener mejores ideas, es fundamental para el bienestar de la organización. La disciplina del aprendizaje en equipo comienza con el diálogo, con la capacidad de los miembros del equipo para suspender los supuestos e ingresar en un auténtico pensamiento conjunto. La construcción de equipos que sepan cooperar y comunicarse coherentemente, donde las acciones de todos sus miembros se refuercen mutuamente implica aprendizaje en equipo.

El Equipo de Trabajo (ET) encargado del diseño de proceso será un grupo funcional con la misión de liderar la creación del proyecto de calidad. La Secretaría

de Promoción del Desarrollo, también, informará que el Equipo de Trabajo estará conformado por:

- Un representante de la Secretaría de Promoción del Desarrollo.
- Un representante de la Dirección General de Salud.
- Un representante Profesional Médico o Profesional Enfermero, de cada Centro de Atención Primaria de la Salud Municipal.

Sólo la Secretaría de Promoción designará al profesional que lo representará en el ET, los demás miembros integrantes serán seleccionados, por votación, por las personas que trabajan en cada una de las áreas que deban estar representadas.

Se define el número de integrantes del Equipo en: 10 miembros.

Pasado 10 días se convocará a una nueva reunión para constituir el ET, con los nombres de los representantes de cada sector, elegidos por sus pares.

Se informa a los presentes, que los principales resultados esperados del Equipo serán:

- Proyectos acabados a tiempo
- Mejor comunicación
- Mejora en el enfoque de los procesos.

Los fundamentos de la selección de los Representantes de cada área son:

- De la Secretaría de Promoción del Desarrollo. Posee una Dirección General de Gestión de Proyecto que tiene experiencia en la puesta en marcha, ejecución y gestión de nuevos proyectos y bajo su órbita se insertará el Plan.
- De la Dirección General de Salud. Esta Dirección General depende de la Secretaría de Calidad de Vida. Tiene bajo su ámbito a la APS del cual dependen los CAPS; a Medicina Sanitaria; al Instituto Municipal de Sanidad Ambiental; a Discapacidad y Tercera Edad; al Instituto de Medicina Física y Rehabilitación y a Prevención y Adicciones y Promoción de Conductas Saludables. De allí la elección de una persona del área ya que tendrá un amplio conocimiento y experiencia en el tema: ambiente y salud del Municipio.
- Profesional Médico o Profesional Enfermero, de cada CAPS. Tanto los Profesionales Médicos como los Profesionales Enfermeros, poseen un amplio conocimiento sobre las necesidades de salud que enfrenta la población en su

área de cobertura. La elección de estos profesionales dependerá de cada Centro, que votarán a la persona que considerarán la indicada para la función.

Respecto a la idoneidad del Equipo, una de las principales exigencias en los proyectos de GEP es que los equipos sean equilibrados; hay que buscar la disponibilidad de candidatos adecuados en número y en la diversidad de roles que asumirán. En este sentido se establece, Tabla 27, la sistematización de las etapas, para el Cambio y el Proceso; con sus respectivas actividades, su duración, los instrumentos de gestión que se utilizarán y los responsables en cada fase.

Los componentes del Equipo de Trabajo deben tener identificada su misión, Tabla 28, durante todo el desarrollo del proyecto. Para que el trabajo sea eficaz y continuado en un equipo de alto rendimiento se hace necesario definir una agenda, Anexo XXXII, que abarque el desarrollo completo del proyecto, la que fijará el calendario de las reuniones formales para cada fase; como también respetar determinadas pautas para que una reunión sea eficaz.

Tabla 27. Planificación del Proyecto

PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO CAPS-GEP 2015				
ETAPAS	ACTIVIDADES	DURACIÓN	INSTRUMENTOS	RESPONSABLE
C A M B I O	Conocimiento (Aprendizaje)			Representante SPD Representante de Salud Representantes CAPS
	Formación del Equipo de Trabajo	10 días	Mayoría de Votos	
	Identificación de Procesos		Relevamiento, identificación, priorización y mapa	
	Designación del Coordinador de Proceso	20 días	Mayoría de Votos	
P R O C E S O	Equilibrio			Representante SPD Representantes CAPS
	Identificar las necesidades de cliente	45 días	Técnicas y herramientas de planificación y control de calidad	
	Definir Flujos	60 días		
	Establecer las Métricas del Proceso	45 días		
	Control			Representante SPD Representante de Salud Representante CAPS
	Monitoreos de Indicadores	120 días	Técnicas de monitoreo	Responsable de procesos
Evaluación de la Gestión por Proceso	60 días	Técnicas de evaluación Modelo EFQM		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 28. Roles del Equipo de Trabajo

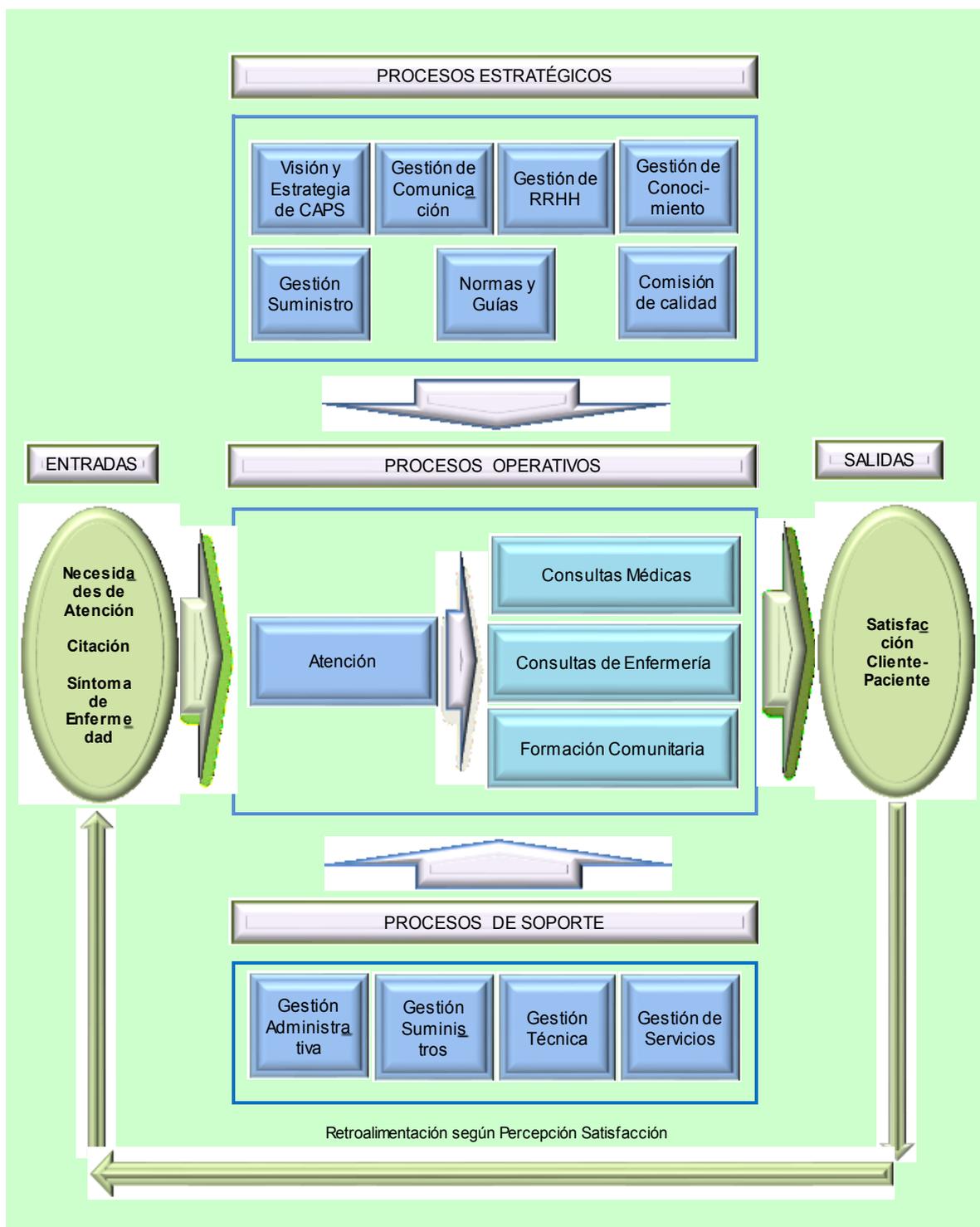
FUNCIONES GENERALES	
Coordinador	<ul style="list-style-type: none"> - Convocar a las reuniones, organizándola en función al orden del día para que su desarrollo se realice sin inconvenientes, en un clima armónico - Contar con la información y los materiales necesarios para su normal desarrollo - Facilitar la asistencia de los integrantes del Equipo a las reuniones - Promover y mantener el entusiasmo en la participación continua de los miembros integrantes del Equipo - Observar el objetivo del proyecto y enfocar las acciones en esa dirección - Fluida comunicación interna y externa - Informar los avances y resultados - Confeccionar la Memoria Final
Secretario	<ul style="list-style-type: none"> - Recopilar la información y los datos necesarios, elaborar informes, para el desarrollo de las fases del proyecto - Preparar la agenda, cronograma y acta de reunión - Apoyar al Coordinador en las distintas actividades - Ayudar a confeccionar la Memoria Final
Integrantes	<ul style="list-style-type: none"> - Participación activa y continuada - Responsabilidad por las tareas que asuman - Apoyar y colaborar con todos los miembros del Equipo - Aportar conocimientos científicos y de prácticas rutinarias - Capacitar a los profesionales en las distintas fases, de pilotaje y estandarización - Elaborar comunicaciones científicas

Fuente: Elaboración propia

5.1.2.2.2. Identificación de Procesos

A los efectos de identificar los procesos y elaborar el mapa correspondiente, se representa en la Figura 7 el Mapa General de los Procesos del Centro de Atención Primaria de la Salud Municipal. Se conforma con los procesos: estratégicos, operativos y de soporte, los que actuando coordinadamente, ante un input, una necesidad manifiesta de requerimiento de atención de una persona, permitirá obtener como respuesta a esa necesidad, un outcomes, traducido en la satisfacción de ese cliente-paciente.

Figura 7. Mapa de Procesos General del Centro de Salud



Fuente: Elaboración propia

5.1.2.2.2.1. Procesos Estratégicos

Son procesos que se desprenden del desarrollo de la visión y estrategia del Plan CAPS-GEP 2015; se relacionan con las funciones directivas de las Secretarías. Existe una estrecha relación entre los procesos estratégicos de los Centros y de la institución Municipal.

El marco de los Procesos Estratégicos se conforma con:

- La Visión y Estrategia del CAPS que comprende al desarrollo de la visión y estrategia definidas para la ejecución de este Proyecto.
- La Gestión de la Comunicación abarca la comunicación interna y externa.
- La Gestión de los RRHH hace a la planificación de la disponibilidad del personal necesario para su funcionamiento.
- La Gestión del Conocimiento incluye a las estrategias, planes y programas que se ejecutan en este ámbito.
- La Gestión de Suministro implica la provisión de los insumos y elementos necesarios para el normal funcionamiento.
- Las Normas y Guías comprenden la elaboración y el diseño de las normativas y guías de informes y rendiciones.
- Y la Comisión de Calidad comprende a la autoevaluación del proceso y del sistema de calidad total.

Esta fase del proceso estará bajo la coordinación del Director del CAPS-GEP 2015 y se detallan las estrategias de acción definidas para cada proceso (Anexo XXVI se observa el cronograma de actividades).

1. Visión y Estrategia del CAPS

Con el propósito de alcanzar la visión definida para el Centro de Salud se especifica en la Tabla 29 las acciones a ejecutar.

Modelo de Gestión Estratégica de
Procesos para los Centros de Atención
Primaria de la Salud del Municipio de la ciudad de Posadas, Misiones

Tabla 29. Optimización de la Organización del CAPS

Estrategia	Objetivos Estratégicos	Metas	Objetivos Operativos	Planes Operativos	Tiempo (meses)	División Responsable
Optimización en la Organización del Centro de Atención de la Salud	Mejorar la Organización del CAPS	Mejorar la instalación física del CAPS	1. Mejorar la estructura edilicia y la tecnología del instrumental	1. Planificación de las obras a realizar 2. Ejecución de los planificado	6	Supervisor Resp. CAPS Prof. Constr.
		Mejorar la tecnología del instrumental médico del Centro	médico	3. Relevamiento de la existencia de la tecnología del instrumental médico 4. Análisis y definición de la incorporación de nuevos equipos e instrumentos médicos 5. Incorporación de los equipos e instrumentos médicos	1 1 4	Supervisor Resp. CAPS Profesional Médico Administrativo
		Mejorar la instalación de comunicación en el CAPS	2. Mejorar la estructura tecnológica de comunicación	1. Instalación telefónica en los Centros sin este servicio 2. Instalación del servicio de internet para todos los Centros de Salud	1	Supervisor Resp. CAPS Especialista Informático
		Implementar un sistema informático	3. Desarrollar un sistema informático	1. Planificación. Se definirán las necesidades del conocimiento y los productos de información a obtener 2. Preparación. Se diseñarán los procesos de información, conectado a la red del sist. Cental, con base en la Dir. de AP. Se comunicará con el 2º y 3º nivel de atención, con un sist. de referencia y contrar. de pacientes. Se normatiz. los procesos admin. orientados a la APS, se capacitará. 3. Adquisición. Se definirán las especificaciones tecnológicas, de capacidad, de capacitación, de responsabilidad y necesidades de mantenimiento. Se definirán los estándares 4. Desarrollo e infraestructura. Se realizará progresivamente. Garantizará la seguridad y confiabilidad de la infor. Y el nivel de acceso.	1 2 3 1	Supervisor Resp. CAPS Especialista Informático Profesional Médico Administrativo
	Implementar un sistema de capacitación	4. Capacitar al personal del Centro	1. En temas de funcionamiento general del Centro, en estadísticas. 2. En Programas o Planes específicos que se ejecuten en el Centro	3 3	Supervisor Resp. CAPS Capacitadores	

Fuente: Elaboración propia

2. Gestión de la Comunicación

Para que la comunicación en cada Centro de Salud sea fluida, tanto interna como externamente, se propone la ejecución de las estrategias especificado en la Tabla 30.

Tabla 30. Optimización de la Información

Estrategia	Objetivos Estratégico	Metas	Objetivos Operativos	Planes Operativos	Tiempo (meses)	División Responsable
Optimización de la Información	Gestión de los datos	Gestión actualizada de datos clínicos	1. Gestión de datos clínicos	Registros médicos, atención de enfermería, expendio de remedios, planes o progr. que se ejecutan. Obtención de informes, indicadores y estadísticas de salud	Desde el inicio continúa	Supervisor Resp. CAPS Profesional Médico Administrativo
		Implementación de la Historia Clínica Electrónica	2. Historia clínica electrónica	Registro completo de cada paciente en el Centro. Datos personales, enfermedades, tratamientos, prescripciones, solicitudes.	4	
		Implementación de la Tarjeta Sanitaria	3. Tarjeta Sanitaria	Identificación única del paciente para el Centro, informa datos personales y el Centro al cual pertenece, permitirá ubicar la HCE del paciente en el sistema.	4	

Fuente: Elaboración propia

3. Gestión de los Recursos Humanos

Para una correcta utilización de los recursos humanos que desarrollan sus actividades en los Centros de Atención y que son necesarios para su funcionamiento, es necesario planificar la disponibilidad del personal.

Modelo de Gestión Estratégica de
Procesos para los Centros de Atención
Primaria de la Salud del Municipio de la ciudad de Posadas, Misiones

Tabla 31. Optimización del Recurso Humano

Estrategia	Objetivos Estratégico	Metas	Objetivos Operativos	Planes Operativos	Tiempo (meses)	División Responsable
Optimización de la situación del RRHH en el CAPS	Modificar la estructura de RRHHM	Seguridad Laboral del RRHH del Centro de Salud	1. Política de Seguridad Laboral para el RRHH de los Centros de Salud	1. Análisis de la situación laboral del personal del CAPS 2. Política definida a aplicar 3. Aplicación de la política de RRHH definida	6	Supervisor Responsable de cada CAPS Jefe de
		Completar la estructura de RRHH definida para cada CAPS	2. Incorporar RRHH en cada Centro en función a la estructura organizativa definida	1. Análisis de la estructura del personal en cada Centro de Salud 2. Definición de la política de incorporación del nuevo personal 3. Aplicación de la política de incorporación del nuevo personal	2	Personal de la Municipalidad
	Adecuar el horario de atenc. de prof. del Centro	Asistencia profesional en todo el horario de atención del Centro	3. Tiempo y Unificación de la atención en el Centro	1. Atención de los Centros de 6 a 18 hs. 2. Dos turnos de atención 3. El Centro que cuente con un solo turno completará su carga horaria	1	

Fuente: Elaboración propia

4. Gestión del Conocimiento

A los efectos de contribuir a la meta establecida es necesario establecer los objetivos estratégicos que deben ejecutarse para optimizar la gestión a través del conocimiento.

Tabla 32. Optimización de la Gestión

Estrategia	Objetivos Estratégico	Metas	Objetivos Operativos	Planes Operativos	Tiempo (meses)	División Responsable
Optimización de la Gestión	Favorecer en la optimización de la gestión	Conocimiento en la comunicación por parte de RRHH	1. Capacitación de RRHH en TIC	Interiorización en la TIC, en el sistema de información, en los programas, la carga de los datos y en la información resultante	2	Supervisor Resp. CAPS Especialista Informático
		Alta participación y actual. en la formación continua del RRHH	2. Implicancia profesional	1. Estimular y favorecer la participación del recurso humano en cursos de formación continua en la TIC 2. Estimular y favorecer la participación del recurso humano en cursos de formación continua de temas relacionados con su profesión, con su especialidad, su función	3 3	

Fuente: Elaboración propia

5. Gestión de Calidad

Para concretar la autoevaluación del proceso se define las acciones a desarrollar como estrategia en el sistema de calidad.

Tabla 33. Gestión de Calidad

Estrategia	Objetivos Estratégico	Metas	Objetivos Operativos	Planes Operativos	Tiempo (meses)	División Responsable
Sistema de Calidad	Autoevaluación	Nivel de satisfacción	1. Nivel de satisfacción por el servicio prestados	1. Análisis de la situación de la perc. del compromiso del Municipio respecto a la preocupación de satisfacer las necesidades de salud de la ciudadanía posadeña	1	Supervisor Resp. CAPS Resp. Proy. CAPS-GEP
				2. Encuesta de satisfacción	2	
				4. Análisis de las Encuestas	1	
				5. Definición de las políticas del Municipio para mejorar la satisfacción por los servicios brindados	1	
					1	

Fuente: Elaboración propia

5.1.2.2.2. Procesos Operativos

Se refieren a los procesos sanitarios desde donde parten los procesos operativos, que añaden valor a la actividad que se realiza directamente con los clientes-pacientes.

Comprende a la actividad específica que debe desarrollar el Centro de Salud, la atención al paciente.

- Consultas Médicas.
- Consultas de Enfermería.
- Formación Comunitaria.

Las consultas médicas específicas, en el CAPS, permiten mejorar las condiciones de salud del usuario, a través de una prestación acorde a sus necesidades individuales. Por ejemplo atender a los beneficiarios del Plan Nacer. Las de enfermería, constituye la provisión de cuidados al usuario, también en el Centro de Salud, utilizando eficientemente los recursos y siguiendo las normas previstas. Las formaciones comunitarias, es la relación directa con la comunidad

para cuidar su futuro. Se concreta a través del trabajo grupal orientado a la promoción y prevención de la salud.

5.1.2.2.2.1. Instrucciones Operativas

Se define y documenta las partes esenciales del proceso para su equilibrio. Se expone como referencia, Tabla 34, un proceso operativo perteneciente a los procesos y subprocesos de las Consultas Médicas: Pacientes bajo la cobertura del Plan Nacer, cumplimentándose la hoja de control de procesos.

5.1.2.2.2.3. Procesos de Soporte

El marco de éste Proceso abarca a todas las actividades complementarias a las operativas y comprende a:

- La Gestión Administrativa, hace referencia al personal del sector, cuya tarea es administrativa y contable a la vez porque son quienes deben realizar las rendiciones de los programas que se ejecutan, además de llevar las estadísticas de salud.
- La Gestión de Suministro que son los encargados de proporcionar todo los elementos necesarios para el normal funcionamiento del Centro.
- La Gestión Técnica comprende al sistema informático.
- La Gestión de Servicios al área de limpieza y seguridad de cada Centro.

Tabla 34. Equilibrio de Procesos

HOJA DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS		CÓDIGO
Pacientes bajo la cobertura del Plan Nacer		MEM 07 IMI 51
LÍMITE INICIAL	Solicitud del control de la paciente embarazada por su médico Control de inmunización antitetánica en embarazo y ecografía pre-natal	
LÍMITE FINAL	Paciente embarazada controlada y con nueva cita	
TIEMPO DEL PROCESO	En Centro de Salud	20 minutos
CLIENTES		
PRINCIPAL	SECUNDARIOS	
Paciente embarazada controlada en vacuna y ecografía	Cliente interno Cliente externo	Médico del paciente
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES		
<ul style="list-style-type: none"> - Que los controles del embarazo den como resultados parámetros normales - Continuar en una correcta coordinación con el médico sobre los controles durante el embarazo - Alta competencia y buena comunicación del profesional 		
ENTRADAS		
RECURSOS	DOCUMENTOS	
Antitetánica para embarazo	Manual de procedimiento: Centro de Salud	
SALIDAS		
<ul style="list-style-type: none"> - Inmunización durante la gestación. Control satisfactorio para el mes de gestación. - Próximo control 		
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de pacientes controlados bajo la cobertura del Plan Nacer - Tasa de pacientes embarazadas del Plan Nacer con vacuna antitetánica - Tasa de pacientes embarazadas del Plan Nacer con ecografía realizada 		
FRECUENCIA DE PROCESO (Control del embarazo)	Mensual Anual	1 cada dos meses 5 por embarazo
COSTE	Centro de Salud	Inmuniz. antitet. en embar. \$ 5,00 Ecogr. en control prenatal \$20,00 Total \$25,00
RESPONSABLE Médico	REVISIÓN Resp. CAPS	Anual Coordinador

Fuente: Elaboración propia

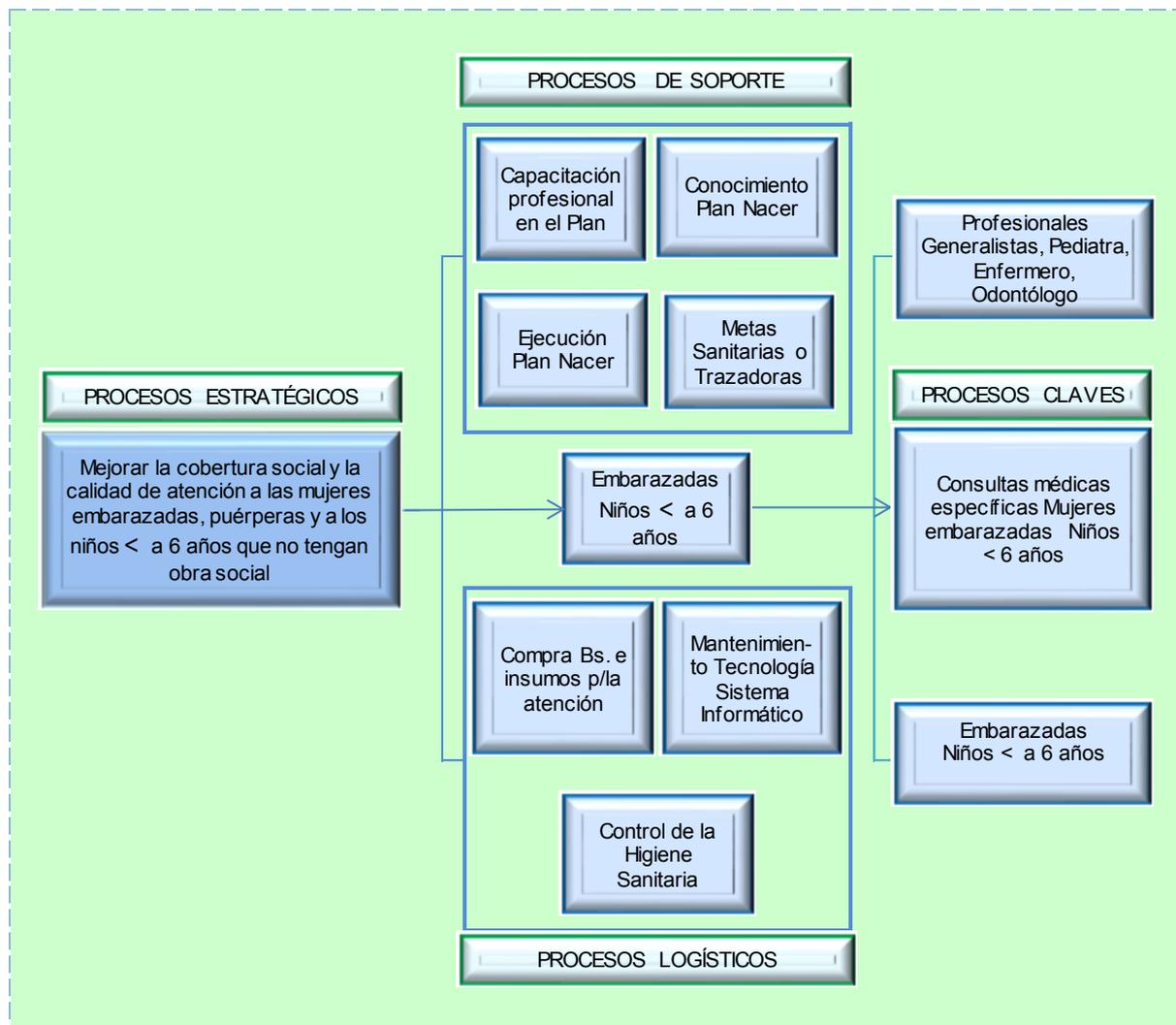
5.1.2.2.2.4. Arquitectura de Procesos

Para visualizar la arquitectura de los procesos de gestión en los CAPS se presenta el proceso de la ejecución del Programa Nacional Plan Nacer, expresando las conexiones entre los procesos estratégicos y los claves desarrollado por los profesionales, orientando la acción al cliente-paciente. La responsabilidad en el desarrollo debe ser asumida por el coordinador del proceso.

El proceso estratégico identificado es mejorar la cobertura tanto para las mujeres embarazadas como para los niños menores a 6 años. El servicio al cliente se representa con el objetivo del Plan Nacer, la atención a mujeres embarazadas y niños menores a 6 años, para lo cual los procesos claves son las consultas al médico generalista o ginecólogo para las mujeres y al pediatra para los niños; ayudados por los enfermeros y acompañado en el proceso por el odontólogo.

En el proceso de soporte se ubican el desarrollo y la gestión de los recursos humanos, especificado como la capacitación del profesional en el Plan Nacer, es decir la interiorización de los profesionales que van a ejecutar las directivas del Plan al conocer sus objetivos, beneficios, financiamiento, trazadoras, informes y documentos de interés, información obtenida por la ejecución de la Estrategia Optimización de la Organización del CAPS, a través de la implementación del sistema de capacitación del recurso humano en cada uno de los programas. La gestión de la calidad, expresada por las metas sanitarias o trazadoras fijadas por el Plan. La gestión de la información, el conocimiento de la información, es decir saber que el plan nacional promueve la participación, la igualdad y la inclusión social desde la salud, además de fortalecer la capacidad de los efectores públicos, que contempla una política integral de incentivos, una mejor calidad en la atención, optimizando la distribución de medicamentos, ecografías y vacunación. Desarrollo y gestión del conocimiento, es la ejecución de las acciones previstas para alcanzar el objetivo.

Figura 8. Procesos de Gestión del Plan Nacer



Fuente: Elaboración propia

Los procesos logísticos, conformado por la gestión de productos consumibles, como las compras de bienes e insumos necesarios para la atención; la gestión de la tecnoestructura, el mantenimiento, la esterilización, la aparatología médica y odontológica y algo fundamental en el CAPS la higiene sanitaria.

5.1.2.2.5. Priorizar Procesos

En esta fase del Proyecto, coincide con la cuarta reunión prefijada en la Agenda, se convoca nuevamente al personal que pertenece a las dos Secretarías

involucradas, Promoción del Desarrollo y Calidad de Vida; a quienes se les pone en conocimiento del mapa de proceso general del Centro de Salud y se les invita a participar de la selección de los procesos que deben ser prioritarios para la organización. Así se detallan los procesos susceptibles de ser abordados para su equilibrio y control, su selección debe ser consensuada por el Equipo de Trabajo.

5.1.2.2.5.1. Matriz Relacional de Objetivos con Procesos

El método a utilizar para priorizar procesos es la matriz relacional de objetivos con procesos. Se construye una matriz donde en el eje se sitúan los objetivos de la organización y en el otro los procesos que se consideran más significativos para su

Tabla 35. Priorización de Procesos

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN				
	Objetivo 1 Mejorar la Calidad de Vida	Objetivo 2 Satisfacción Cliente-paciente	Objetivo 3 Metas Sanitarias	Objetivo 4 Prevención
Proceso 1 - Plan Nacer – Atención Mujeres Embarazadas	A	B	A	D
Proceso 2 - Plan Nacer Atención Niños < a 6 años	A	B	A	B
Proceso 3 - Materno Infantil	A	B	B	B
Proceso 4 - Plan Mamá	A	B	A	D
Proceso 5 – Remediar	A	B	C	D
Proceso 6 – Plan Nacer Rendiciones	D	D	C	D
Proceso 7 – Cobertura de Inmunizaciones	A	B	A	A
Proceso 8 – Control de Peso	B	B	B	B
Proceso 9 – Control Diabetes, Hipertensión Arterial	A	B	A	B

Fuente: Elaboración propia

obtención, en la Tabla 35, se lo representa. Los procesos se deben listar.

A: imprescindible

B: Importante

C: Afecta

D: No relacionado

Según el orden de importancia los tres procesos priorizados son Cobertura de Inmunización, Plan Nacer: Atención de Mujeres Embarazadas y Plan Nacer: Niños menos de 6 años.

- Proceso 7. Cobertura de Inmunizaciones
- Proceso 1. Plan Nacer, Atención de Mujeres Embarazadas
- Proceso 2. Plan Nacer, Atención de Niños menores a 6 años
- Proceso 4. Plan Mamá
- Proceso 9. Control de Diabetes, Hipertensión Arterial
- Proceso 3. Materno Infantil
- Proceso 5. Remediar
- Proceso 8. Control de Peso
- Proceso 6. Plan Nacer, Rendiciones

5.1.2.3. Designación del Coordinador del Proceso

Cuando se habla de la disciplina del crecimiento personal y el aprendizaje, que nos enseña a expandir nuestra capacidad personal para crear los resultados deseados y crear un ambiente que invite a todos los miembros de la organización a desarrollarse con miras a las metas definidas, estamos ante la disciplina del dominio personal. Aquella que genera en el interior de la persona una tensión creativa, que busca la resolución más clara que se aproxime lo máximo a lo que deseamos.

En este ámbito se elige al Coordinador de procesos, aquel miembro de la organización con alto dominio personal que pueden alcanzar las metas que se proponen, que son conscientes de sus propias capacidades y limitaciones, así como de la gente que les rodea y por esta percepción podrán crecer. Es la persona formalmente identificada para asumir la responsabilidad global de la GEP, con las atribuciones y la delegación de poder necesario para garantizar la eficacia del

proceso. Elegido por mayoría de votos entre los miembros del Equipo de Trabajo, las características del puesto se observa en la Tabla 36. La retribución y sus funciones derivadas se especifican en el Anexo XXVI.

Tabla 36. Puesto de Trabajo - Coordinador del Proceso

Denominación del Puesto de Trabajo	Coordinador del Proceso
Proceso	Cobertura de Inmunización y Plan Nacer
Misión del Puesto	Es el gestor estratégico, quien implementa correctamente el proceso, su control de calidad y su revisión cuando requiera cambios. Desde el límite inicial al límite final del proceso se encuentra bajo su coordinación
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular la participación de todos los profesionales que atiendan a los pacientes incluidos en el proceso. - Observar las necesidades de los clientes internos y externos del proceso en la relación cliente-proveedor. - Observar el rendimiento del proceso. - Presentar resultados mensuales y anuales correspondientes a la memoria de gestión del proceso. - Detectar oportunidades de mejoras que permitan la satisfacción de los clientes del proceso. - Facilitar la puesta en marcha de las acciones necesarias para la mejora continua del proceso.
Perfil del candidato	Título de Licenciado en Enfermería o Profesional Médico. Experiencia en el manejo de los pacientes comprendidos en el proceso, conocimiento clínico específico del proceso. Habilidades en el liderazgo profesional y capacidad de comunicación ascendente y descendente
Relación jerárquica y funciones	Depende de la Dirección de APS. Tendrá responsabilidad para movilizar y dirigir a los recursos humanos y materiales que comprendan el proceso.

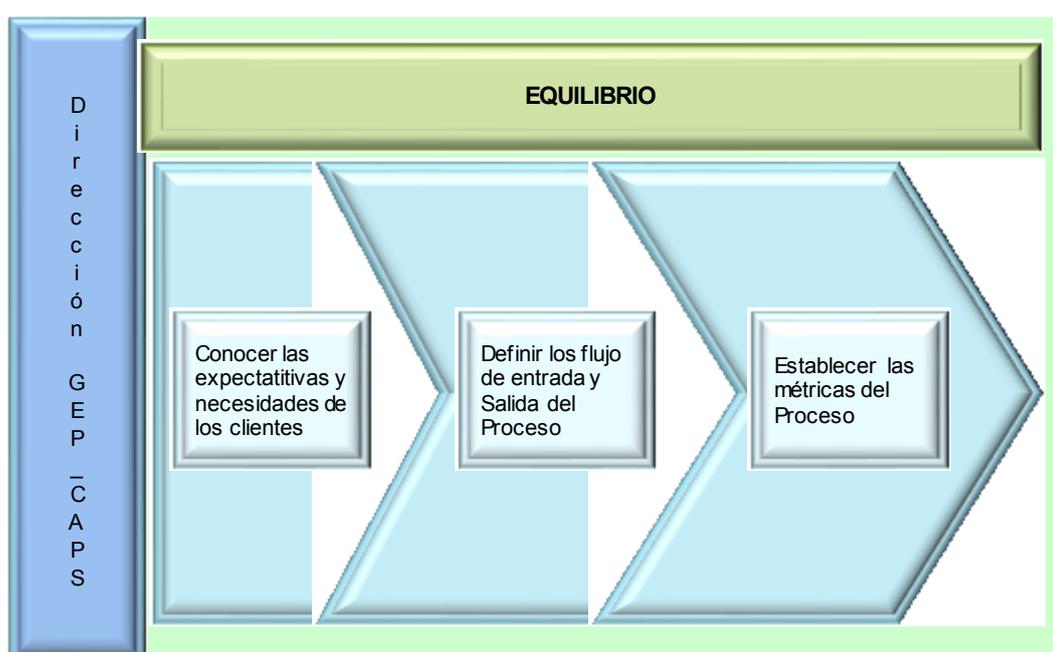
Fuente: Elaboración propia

5.2. Segunda Parte: Gestión por Procesos

5.2.1. Equilibrio

Esta etapa del Proyecto GEP incluye las fases representadas en la Figura 9, las que se esquematizan para los procesos priorizados.

Figura 9. Equilibrio



Fuente: Elaboración propia

5.2.1.1. Conocer las Expectativas y Necesidades de los Clientes

Para que el cliente se forme una opinión positiva del CAPS, se debe satisfacer sus necesidades y expectativas brindando una buena calidad del servicio. Para ello es necesario identificar a los clientes-destinatarios de los procesos:

Cliente externo, extramural, quien demanda el servicio del proceso del Plan Nacer, es la mujer embarazada y el niño menor a 6 años y niños en edad de vacunación según el calendario de vacunación.

Cliente interno, intramural, como cliente interno directo la Dirección de APS; formando parte del proceso el financiador, que en este caso es el Ministerio de Salud Pública como intermediario de la Nación.

También será necesario captar la voz de los clientes-pacientes. Por lo cual se utilizará una herramienta cualitativa, la entrevista, para conocer las opiniones de las embarazadas y las madres de los niños, en el Anexo XXVII – Voz del Usuario se expone las preguntas que contendrá la encuesta elaborada.

5.2.1.2. Definir los Flujos de Entrada y Salida del Proceso

En esta fase se identifica, caracteriza y describe los flujos del proceso.

Pero para dar inicio a la misma es necesario comenzar a identificar la Misión y el Límite del proceso y a partir de allí caracterizar los flujos. Así la Misión debe contestar a las preguntas: qué haces, para quién lo haces y por qué lo haces y el Límite, debe responder a la pregunta: cuál es la primera acción que se produce por la organización y cuál es el producto que se espera conseguir; en este caso en la Tabla 37, se identifican la Misión y el Limite para el Plan Nacer del proceso destinado a las mujeres embarazadas y hasta 45 días posteriores a la finalización del parto y a la Cobertura de Inmunización.

Tabla 37. Misión y Límite Plan Nacer y Cobertura de Inmunización

Proceso: Plan Nacer - Mujeres Embarazadas y hasta 45 días posteriores al Parto

Proceso donde se realiza el ingreso de la paciente, se le informe de los beneficios, se realiza una valoración de la embarazada, incorporándola bajo la cobertura del Plan

Límite Inicial	Completar la ficha de ingreso al padrón de beneficiarios
Límite Final	Cumplido 45 días posteriores al nacimiento del niño
Período Total 285 días	Límite inicial intermedio final 2º mes de embarazo parto a los 45 días del parto

Proceso: Cobertura de Inmunización

Disminuir la incidencia y el impacto de las enfermedades inmunoprevenibles
Alcanzar el 90% de cobertura de las vacunas previstas en el Calendario Regular de Inmunizaciones

Límite Inicial	Completar la ficha de ingreso al padrón de beneficiarios (recién nacido)
Límite Final	Niños menores a 6 años
Período Total 6 años	Límite: Inicial final Recién nacido hasta los 6 años

Fuente: Elaboración propia

Una vez definida la Misión y establecidos los límites la GEP continua, primero caracterizando los flujos de salida, que predefinen los subproductos del proceso y sus requisitos de calidad. Después se elaboran las normas que guiarán las actividades para conseguir el valor añadido; estableciéndose por último los recursos necesarios.

Flujos de salida del proceso. Dan respuestas efectivas a las necesidades del cliente principal. En la Tabla 38, se aprecia los flujos de salida para el proceso del Plan Nacer – Mujeres Embarazadas y hasta 45 días posteriores al parto.

Flujos de entrada. Están constituidos por los input del proceso, son las necesidades calculadas de los recursos estructurales necesarios para que los

profesionales puedan producir el servicio de salida según los requisitos de calidad. En la Tabla 39, se aprecia los flujos de entrada para el mismo proceso.

Tabla 38. Flujos de Salida en el Proceso Plan Nacer

PROCESO: PLAN NACER		
MUJERES EMBARAZADAS Y HASTA 45 DÍAS POSTERIORES AL PARTO		
Destinatario	Flujo de Salida	Características de Calidad
1. Paciente	1.1. Cuidados durante el Embarazo y hasta 45 días después del Parto	1.1.1. Empadronar a la paciente en el sistema informático utilizado para el Plan Nacer.
		1.1.2. Cumplimentar la valoración de la paciente según protocolo establecido, sin errores en la registración.
		1.1.3. Registrar las resultantes de los controles en el sistema informático.
		1.1.4. Controlar la realización de los controles odontológicos, exámenes de sangre y orina, vacunas, ecografías, según lo establecido en el protocolo.
		1.1.5. La enferma planificará los próximos controles y el posterior al parto.
	1.2. Información a la paciente	1.2.1. Recibir a la paciente, con buen trato y cordialidad.
		1.2.2. Darse a conocer, que la paciente conozca el nombre de la profesional enfermera.
		1.2.3. Informar a la paciente sobre los controles que incluye el Plan durante el proceso de su embarazo y posterior a él.
		1.2.4. Buen trato del profesional médico, darse a conocer en la primera consulta, competente durante la consulta, claro en sus explicaciones.
	1.3. Coordinador del Proceso	1.3.1. Comunicar la incorporación de una nueva beneficiaria al Plan Nacer al Coordinador del Proceso.
		1.3.2. La enfermera presentará mensualmente al Coordinador la encuesta de percepciones.
		1.3.3. Detectar la necesidad de coordinar problemas sociales con la trabajadora social

Fuente: Elaboración propia

Tabla 39. Flujo de Entrada en el Proceso Plan Nacer

PROCESO: PLAN NACER			
MUJERES EMBARAZADAS Y HASTA 45 DÍAS POSTERIORES AL PARTO			
Productos	Responsabilidad CAPS	Servicio Proveedor	Criterios de Calidad
Personal de Enfermería Médico	Coordinador	Servicio de RRHH del Municipio	Adecuado a los ratios
Medicación (en caso de ser necesario)	Coordinador Médico	Servicio de Farmacia	Disponible al momento del consumo por la paciente
Materiales Fungibles	Coordinador Enfermera Administrativo	Suministros	Protocolo de Pacto de Consumo
Materiales de papelería técnica y administrativa	Coordinador Administrativo	Suministros	Según formato diseñado
Sistema Informático Hardware Software	Coordinador Administrativo	Dirección General de Administración y Desarrollo de Sistemas del Municipio	Con capacidad para el manejo de toda la información requerida. Base de datos y gestión automatizada del proceso conforme diseño

Fuente: Elaboración propia

5.2.1.3. Métricas del Proceso

Es preciso establecer un sistema de medida que nos aporte información objetiva y confiable para valorar lo que está sucediendo en el Proyecto GEP y como impactan en los clientes. Los indicadores permiten la evaluación periódica de las variables claves que se hayan establecidos, mediante su comparación con los correspondientes referentes internos y/o externos de los procesos. En el diseño de los indicadores es necesario tener en consideración la validez del indicador, que es el grado en que el indicador puede medir el objetivo; la sensibilidad, si es capaz de identificar todos los casos en que existan problemas y la especificidad, si es capaz de identificar sólo aquellos casos en que existen problemas reales. En la Tabla 40 se

expresa la construcción de dos indicadores, uno para el Plan Nacer, para mujeres embarazadas y otro, para la cobertura de inmunización para niños < de 6 años.

Tabla 40. Control de Gestión del Proceso Captación Temprana de Embarazadas - Cobertura de Inmunización Niños hasta 1 año

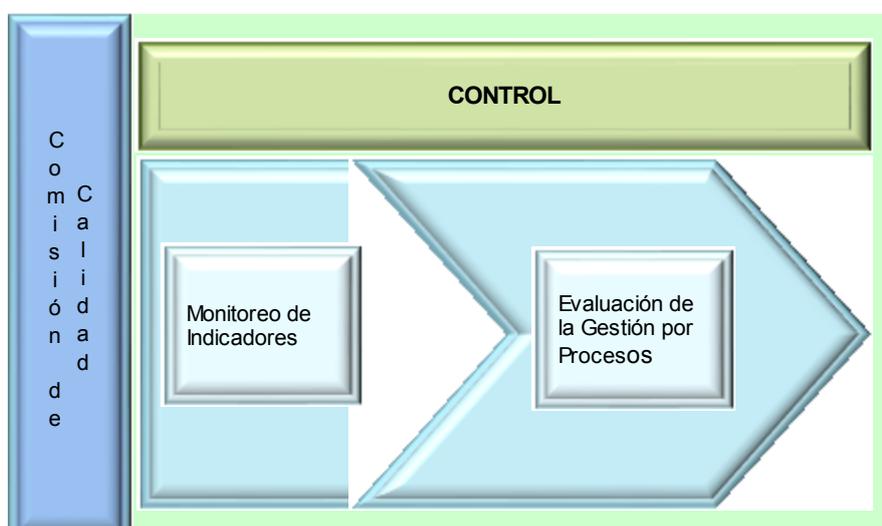
CONTROL DE GESTIÓN DEL PROCESO PLAN NACER - MUJERES EMBARAZADAS Y HASTA 45 DÍAS POSTERIORES AL PARTO	
INDICADOR	CONSTRUCCIÓN
Porcentaje de Captación Temprana de Mujeres Embarazadas	Tipo de Indicador: de eficiencia
	Objetivo: Captar a las embarazadas antes de las 20 semanas de gestación.
	Algoritmo: N° de embarazadas atendidas captadas antes de las 20 semanas/ N° de embarazadas atendidas en el mes x 100
	Estándar: 60 % de las mujeres atendidas en el mes tendrían que haber sido captadas antes de la semana 20.
	Periodicidad del resultado: mensual.
	Fuente de datos: sistema informático, registración Plan Nacer.
	Responsable de datos: personal administrativo.
Porcentaje de Cobertura de Inmunización a Niños Menores a 1 año con la Triple Viral	Tipo de Indicador: de eficiencia
	Objetivo: niños menores a 1 año vacunados con la Triple Viral
	Algoritmo: N° de niños atendidos que tienen entre 12 y 13 meses con triple viral/ N° de niños atendidos en el mes que tienen entre 12 y 13 meses x 100
	Estándar: 90% de niños vacunados con la Triple Viral
	Periodicidad del resultado: mensual.
	Fuente de datos: sistema informático, registración Plan Nacer.
	Responsable de datos: personal administrativo.
Responsable de generar resultados: enfermera.	
Responsable de toma de decisiones: Responsable del proceso.	

Fuente: Elaboración propia

5.2.3. Control

La Figura 10 expone las fases que componen la etapa de Control, que se encuentra bajo la responsabilidad de la Comisión de Calidad. En esta etapa la Comisión tiene una doble actividad que desarrollar, en una primera instancia el monitoreo de los indicadores y en un segundo aspecto, la evaluación de la gestión por procesos.

Figura 10. Control



Fuente: Elaboración propia

5.2.3.1. Monitoreo de Indicadores

Esta fase tiene como objetivo establecer el control de gestión del proceso. Es la función que consiste en observar el desarrollo y rumbo del proceso, indicando la relación entre el rendimiento con respecto a los requerimientos de los clientes y las actividades definidas; estableciendo medidas correctoras de ser necesarias.

Para ello se debe establecer criterios, normas, construir un sistema de información, estableciendo pautas para medir, valorar y adoptando las decisiones necesarias para corregir las diferencias observadas.

Para asegurarse de la eficacia en el control se deben tener en cuenta determinados elementos:

-
- Disponer de medios de información adecuados a las situaciones a controlar. Medios de información que estarán incorporados en la Estrategia Optimización en la Organización del CAPS, en la meta: Implementar un sistema informático.
 - Quien realice el control debe tener la autoridad suficiente para poder aplicar las medidas correctivas.
 - El control debe estar adecuado al proceso y al nivel donde se realiza.
 - Se debe indicar las desviaciones lo más rápido posible; se debe ser objetivo; económico.
 - Se debe indicar las acciones correctoras.

El control que se utilizará abarcará a la totalidad de los CAPS Municipales, se centrará en la valoración del resultado obtenido.

5.2.3.1.1. Monitorización de los Procesos

Es la medición sistémica, continuada y planificada de la prestación del servicio, con el fin de controlar el nivel en que se encuentra respecto a los criterios y estándares fijados en el proceso. El monitoreo de un proceso posibilita identificar si existe o no situaciones problemáticas en la que hay que intervenir. Para lo cual es preciso comparar la situación actual con el nivel preestablecido para hacer una estimación del nivel de cumplimiento del desempeño, Tabla 41.

Las frecuencias de las mediciones serán mensuales, los datos surgirán de las registraciones que el personal administrativo realice respecto a las acciones ejecutadas del Plan Nacer y de las Coberturas de Inmunizaciones, en el programa informático diseñado o ajustado al existente al momento de la implementación de la GEP, para contar con toda la información que permita cumplimentar cada indicador.

5.2.3.1.2. Cuadro de Mando

Los resultados obtenidos en el control de gestión se plasman en el Cuadro de Mando, Tabla 42, que son instrumentos operativos normalizados que nos aporta información en un soporte informático, de la monitorización del proceso, que posibilita la evaluación del proceso y la toma de decisiones.

Tabla 41. Monitorización de Indicadores – Atributos – Plan Nacer

INDICADOR	FUENTE	PRESENTACIÓN	FRECUENCIA	RESPONSABLE
De Resultados				
Embarazadas				
Controles durante el embarazo	Plan Nacer Historia Clínica	Informe Gráfico de Control	Mensual	Coordinador del Proceso
Examen odontológico		Informe		
Análisis de Sangre y Orina				
Ecografías				
Educación				
Niños				
Episodios de Diarrea niños < a 5 años por 1.000 niños	Plan Nacer Historia Clínica	Informe Gráfico de Control	Cuatrimestral (invierno)	Coordinador del Proceso
Prevalencia de IRA's en < de 5 años				
Casos de Neumonía niños < a 5 años por 1.000 niños				
Primer Control de Crecimiento Infantil en > 1 año		Informe	Mensual	
Oftalmología				
Odontología				
De Cobertura				
Inmunización embarazadas	Plan Nacer Historia Clínica	Informe	Mensual	Coordinador del Proceso
Inmunización < 1 año				
Inmun. de 1 a 6 años				
De Calidad				
Tasa de beneficiarias embarazadas	Plan Nacer Historia Clínica	Informe	Mensual	Coordinador del Proceso
Tasa de beneficiario de niños < 1 año				
Tasa de beneficiario de 1 a 6 años				

Modelo de Gestión Estratégica de
Procesos para los Centros de Atención
Primaria de la Salud del Municipio de la ciudad de Posadas, Misiones

Tasa de documentación completa				
Tasa de rendiciones de la atención de beneficiarios				
De Eficiencia				
Promedio de embarazadas atendidos por mes	Plan Nacer Historia Clínica	Informe	Mensual	Coordinador del Proceso
Promedio de niños < 1 año atendidos por mes				
Promedio de niños de 1 a 6 años atendidos por mes				

Fuente: Elaboración propia

Las Referencias definidas son: entre 0 - 59% representa una Desviación respecto al estándar definido para el indicador, entre 60 – 89 % refleja Atención y entre 90 - 100% es una situación Óptima. A modo de ejemplo, se observa en esta Tabla, los resultados del Proceso Plan Nacer, Indicador de Resultados: Embarazadas. Se aprecia que existe Desviación en los indicadores de las charlas informativas sobre tabaquismo y métodos anticonceptivos (< 59%) y en Referencias de Atención en examen odontológicos, laboratorios y en asistencias a las charlas educativas (< 89%).

Estas resultantes me permiten identificar en qué parte del proceso debo definir acciones de ajuste tendientes a alcanzar los estándares definidos.

Tabla 42. Cuadro de Mando Proceso Plan Nacer

INDICADOR	ALGORITMO	ESTÁNDAR Frecuencia	REFERENCIA
			 Óptimo  Atención  Desviación
De Resultados			
Embarazadas			
Controles durante el embarazo	Total de controles realizados por las embarazadas/total de 5 controles previstos en el embarazo hasta 45 días después del parto	100% Mensual	 95%
Examen odontológico	Total de controles odontológicos realizados por las embarazadas/Total de beneficiarias	90% Mensual	 68%
Análisis de Sangre y Orina	Total de análisis realizados/Total de beneficiarias del Plan	100% Mensual	 65%
Ecografías Entre las 16 y 20 semanas	Total de ecografías realizadas entre las 16 y 20 semanas/Total de beneficiarias en ese período de gestación	90% Mensual	 92%
Después de las 32 semanas	Total de ecografías realizadas después de las 32 semanas/Total de beneficiarias en ese período de gestación		 95%
Educación Información sobre cuidados durante el embarazo Después del parto y del recién nacido: Lactancia materna	Total de asistentes embarazadas a las charlas/ Total de beneficiarias	90% meses	 70%
Activ. para reducir el tabaquismo	Total de asistentes a las charlas informativas de madres en período de lactancia/total de madres beneficiarias en período de lactancia		 65%
Consejería sobre métodos anticonceptivos	Total de asistentes a la charla de embarazadas y madres fumadoras/Total de embarazadas y madres fumadoras detectadas		 49%
	Total de asistentes a las charlas de madres/ / Total de madres beneficiarias del Plan		 50%

Modelo de Gestión Estratégica de
Procesos para los Centros de Atención
Primaria de la Salud del Municipio de la ciudad de Posadas, Misiones

Niños			
Episodios de Diarrea niños < a 5 años por 1.000 niños	Número de episodio diarreicos en < de 5 años/Población de niños < a 5 años beneficiarios x 1.000	2% Cuatrimestral (invierno)	 92%
Prevalencia de IRA's en < de 5 años	Casos de IRA < de 5 años/Población total < de 5 años x 1.000		 92%
Casos de Neumonía en niños < a 5 años por 1.000 niños	Casos de Neumonías atendidas a niños < a 5 años/Casos esperados de Neumonías en la población < a 5 años x 1.000		 90%
Cobertura del Primer Control de Crecimiento Infantil en > 1 año	Total de niños < 1 año que realizan el 1º control de crecimiento infantil/Total población beneficiaria < 1 año	100% Mensual	 95%
Oftalmología Una consulta a los 5 años	Total de niños de 5 años que realizaron el control oftalmológico/Población total de niños de 5 años beneficiarios		 65%
Odontología A partir del año y hasta los 6	Total de niños -por edad- de 1 a 6 años que se realizaron el control odontológico/Población total de niños -por edad-- de 1 a 6 años beneficiarios		 80%
De Cobertura			
Inmunización embarazadas	Total de Inmunización antitetánica en embarazadas realizadas/Total de la Población beneficiarias	90% Mensual	 95%
Inmunización < 1 año	Total de 1º dosis de vacunas en < 1 año /Población total de < 1 año		 95%
Inmunización de 1 a 6 años	Total de las dosis de vacunas según cronograma a niños de 1 a 6 años/Población de niños de 1 a 6 años beneficiarios		 90%
De Calidad			
Tasa de beneficiarias embarazadas	Total de embarazadas atendidas/total de embarazadas beneficiarias	95% Mensual	 93%
Tasa de beneficiario de niños < 1 año	Total de niños < 1 año atendidos/ total de niños < 1 año beneficiarios		 90%
Tasa de beneficiario de 1 a 6 años	Total de niños de 1 a 6 años atendidos/ total de niños de 1 a 6 años beneficiarios		 90%

Modelo de Gestión Estratégica de
Procesos para los Centros de Atención
Primaria de la Salud del Municipio de la ciudad de Posadas, Misiones

Tasa de documentación completa	Total de documentación completa para el Plan/Total de inscripto en el Plan	100% Mensual	84%
Tasa de rendiciones de la atención de beneficiarios	Total de rendiciones de atención presentadas/total de atenciones realizadas		95%
De Eficiencia			
Promedio de embarazadas atendidos por mes	Total de pacientes embarazadas atendidas por día/total de días del mes	Mensual	
Promedio de niños < 1 año atendidos por mes	Total de Niños < 1 año beneficiarias del Plan atendidas por día/total de días del mes		
Promedio de niños de 1 a 6 años atendidos por mes	Total de niños de 1 a 6 años atendidos por día/total de días del mes		

Nota: las relaciones expresadas en la columna Algoritmo se deben multiplicar por 100 para obtener la resultante en porcentaje, con excepciones de los que se especifica por 1.000

Fuente: Elaboración propia

5.2.3.2. Evaluación de la Gestión por Procesos

A los efectos de concretar la evaluación de los procesos en las organizaciones de los Centros de Salud, se opta por el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) conocido como modelo de excelencia en la gestión.

La Dirección General Gestión de Proyecto, en la SPD, es la responsable del proceso de evaluación de la calidad y de la capacitación previa del RRHH en la metodología de evaluación del Modelo, que lo concretará junto con los agentes integrantes de la Dirección CAPS-GEP 2015. El Modelo EFQM es un modelo no normativo, cuyo concepto fundamental es la autoevaluación, de allí la elección y su adaptación al Modelo que se propone. Se toma, de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, los criterios correspondientes a los agentes, Política y Estrategia del Proceso en el CAPS y respecto a los resultados, Resultados en los Clientes.

Estos criterios tienen como referencia indicadores que permiten identificar las actuaciones dentro de la organización que deberían ser objeto de atención o revisión, para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos.

5.2.3.2.1. Política y Estrategia del Proceso en el Centro de Salud

Los procesos, Plan Nacer y Cobertura de Inmunización, que se ejecutan en el CAPS deben actuar en base al relevamiento de datos relacionados a los distintos ámbitos donde actúan. Así se podrá observar la posición competitiva del Centro en función a estos procesos, formular las líneas estratégicas que orienten sus actividades y definir las acciones necesarias para alcanzar los objetivos, definiciones en la que participarán todos los profesionales del proceso.

Tabla 43. Política y Estrategia del Proceso en el Centro de Salud

INDICADORES PARA MEDIR LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA DEL PROCESO	
1.1.	Existencia de herramientas que midan si las estrategias del proceso se encuentra en sintonía con las necesidades y expectativas de los clientes-pacientes.
1.2.	Existencia de sistemas de relevamiento y análisis de datos de carácter estructural, como RRHH, económico, técnico, para los procesos.
1.3.	Existencia de mecanismos de relevamiento y análisis de datos de los procesos como definición del puesto de Coordinador, normas y guías de procesos claves y operativos.
1.4.	Existencia de herramientas para obtener información sobre la percepción de la práctica enfermera en los clientes-pacientes.
1.5.	Existencia de herramientas para obtener información sobre la percepción de la atención profesional médica en los clientes-pacientes.

Fuente: Elaboración propia

5.2.3.2.1.6. Resultados en los Clientes-Pacientes

Este criterio evalúa la orientación del Centro de Salud hacia las necesidades de los clientes externos, en este caso, las embarazadas y los niños menores a 6 años.

En este criterio interesa conocer los outcomes, los resultados, que es la efectividad real de la gestión del Centro obtenida por el impacto de los outputs del proceso. La manera de medir se realiza mediante el desarrollo de una encuesta de

satisfacción, que permite conocer la percepción de los servicios recibidos y por un sistema de reclamaciones por parte de los pacientes-usuarios y su posterior gestión para resolver las quejas. La evaluación de este criterio se realiza mediante los indicadores de calidad técnica, Tabla 44.

Tabla 44. Indicadores para Medir Resultados Claves de Calidad

INDICADORES PARA MEDIR RESULTADOS CLAVES DE CALIDAD

- 9.1a. Definición de un Sistema para medir la calidad percibida por los clientes-pacientes.
- 9.2a. Mapeado de procesos.
- 9.3a. Tasas de consulta en el proceso de paciente embarazada.
- 9.4a. Tasas de consulta en el proceso de niños menores a 6 años.
- 9.5a. Tasas de cobertura de inmunización concretada en el proceso.

Fuente: Elaboración propia

En síntesis, es importante resaltar que la realización de la autoevaluación, se considera como un proceso de reflexión del Equipo de Trabajo siguiendo una guía previamente establecida. Cuyo objetivo tiende a la revisión de las actividades y resultados del proceso, en el marco de un modelo de excelencia, para elaborar posteriormente proyectos de mejora continua del proceso.

Una vez concluida la autoevaluación, cuyo resultado deberá ser socializado con el personal que trabaja en las dos Secretarías involucradas y que coincidirá con la última reunión planificada en la Agenda para el Equipo de Trabajo; se deberá tener respuestas a preguntas como:

- Qué fortalezas se han detectado que deban mantenerse.
- Qué fortalezas identificadas necesitan atención y mayor desarrollo.
- Qué problemas se reconocen que requieren abordaje.
- Qué proyectos de mejora se van a emprender.

Dando lugar, así, al comienzo de un nuevo Proyecto de Mejora Continua en pos de la Excelencia que permitirá alcanzar la Visión definida, ser un Centro de Atención Primaria de la Salud de excelencia, de referencia, comprometido con el bienestar de los usuarios y la comunidad.

CONCLUSIONES

La Hipótesis planteada: los diferentes modelos de gestión aplicados y de criterios empleados por los Responsables en cada uno de los Centros de Atención Primaria de la Salud, dependientes del municipio de la ciudad de Posadas, para gestionar las prestaciones de salud en el primer nivel de atención no permiten optimizar la gestión, satisfacer al cliente, mejorar los indicadores de salud y la calidad de vida de la población; es aceptada.

En los Centros de Atención se ejecutan distintos Programas y Planes de Salud, para cada uno de ellos se deben alcanzar los objetivos definidos, por lo que para cumplimentarlo se debe gestionar en función a los requisitos establecidos previamente en los mismos, los que difieren unos de otros. Se observa, además, que el objetivo a alcanzar en cada Programa o Plan se transforman en los objetivos del CAPS. Por otra parte no todos los Centros poseen las mismas condiciones edilicias, de equipamiento, de funcionalidad, lo que conlleva a que los Responsables desarrollen sus actividades adecuándose a la estructura orgánica y funcional con que cuenta, concluyendo en la adopción de distintos criterios para concretar las actividades inherentes a desarrollar en cada Centros de Salud.

Desde el punto de vista extramuro se observa la no conformidad de los usuarios externos (clientes-pacientes) por los servicios que reciben en los CAPS. Que se expresa cuando opinan que no pueden acceder a una cita con el médico porque los turnos están agotados dado que el tiempo que el profesional médico permanece en el Centro es mínimo o porque el profesional médico no asiste al Centro y cuando acceden a una cita el tiempo de espera para la consulta es importante.

La situación planteada no permite reflejar mejoras en los indicadores de salud y en la calidad de vida de la población, ya que no se optimiza la gestión para lograr que los resultados obtenidos mejoren continuamente.

En este contexto el aporte del Modelo de Gestión Estratégica por Procesos en Centros de Atención Primaria de la Salud, denominado: Centro de Atención Primaria de la Salud – Gestión Estratégica por Procesos Posadas 2015, permitirá dar solución a los problemas de posición incierta detectados en los Centros de Salud:

- Necesidad de estabilidad laboral
- Necesidades de capacitación para todo el personal del Centro, tanto en el funcionamiento general como específicos, como los Programas y Planes que se ejecutan
- Solicitud de asistencia profesional en el Centro de Salud en el horario completo de atención
- La incorporación de RRHH administrativos, asistente social, de limpieza, de seguridad
- Adecuación de la estructura edilicia y tecnológica
- Requerimiento de un Sistema de Información
- Necesidad de gestión de datos

Este modelo permitirá optimizar el funcionamiento de la gestión en el Centro y la adecuada utilización de los recursos humanos, tecnológicos y físicos. Porque:

- Considera al paciente el centro de la asistencia. Se orientan las acciones al cliente principal
- Se refleja mejor el desempeño de la organización
- Se crean oportunidades colectivas e individuales para mejorar el conocimiento
- Se genera un sistema experto donde se mide lo que se hace
- Orienta a la calidad, porque se facilita la gestión de calidad, se generan retos de mejoras y se tiene referencias claras de la estrategia que se persigue, el Modelo Europeo de la Gestión de la Calidad.

El modelo se conforma de dos partes:

- Gestión del cambio – conocimiento y
- Gestión por procesos

La primera parte es sustantiva porque va a trabajar con el grupo directo de todos los participantes, de todos los agentes que conforman el Centro de Salud. Será una herramienta para la reflexión y el conocimiento acabado de la praxis de cada uno de los profesionales que permitirá, además, resaltar las fortalezas de las prestaciones ejercidas por ellos, como también las debilidades, que son necesarias de reconocer e identificar para establecer una nueva modalidad de actuación en este campo, desde la gestión por procesos.

La segunda parte se compone de dos fases que se realizan de manera sistemática, secuencial:

- Equilibrio. Conlleva a la comprensión del proceso por parte del equipo; lo que permite mantenerlo bajo control y documentarlo. Es el momento en que se conocen el nivel de expectativas de los clientes; en que se identifican los flujos de entrada y salida en función a sus límites iniciales y finales y se definen las métricas de rendimiento, indicadores y estándares.
- Control. Establece la evaluación de la medida de rendimiento entre el resultado obtenido y el previsto, a fin de conocer si el proceso requiere de medidas correctoras.

La monitorización de los procesos permite observar el nivel actual, con los criterios y estándares prefijados para el proceso.

El cuadro de mando, instrumento operativo normalizado, nos aporta información seleccionada en un soporte material de la monitorización del proceso. Su utilidad principal es posibilitar la evaluación sostenida del proceso y facilitar las decisiones.

Para la evaluación de la gestión por procesos se toma el criterio agente: Política y Estrategia del Proceso en el CAPS y el criterio de los resultados: Resultados en los Clientes; del modelo no normativo EFQM, cuyo concepto fundamental es la autoevaluación.

La Gestión Estratégica por Procesos no es algo aislado y enfocado solamente, al proceso en sí mismo. La GEP en las organizaciones sanitarias innovadoras está íntimamente relacionada con su misión, la razón de ser de la organización y también con su visión o el enfoque de su horizonte estratégico. En este sentido, cada vez más deben orientarse al cliente, tanto interno como externo, haciéndose necesario introducir nuevos objetivos y modelos que conformen sistemas de calidad total.

La calidad total es un concepto actual, relacionado íntimamente con la mejora continuada en cualquier organización y a todos los niveles de la misma.

Las organizaciones más creativas y de avanzadas están centrando sus metas de gestión en lograr la calidad total. Trabajar en esa dirección implica que todos los

profesionales de una organización, expresan una tendencia manifiesta de satisfacer las expectativas y necesidades de sus clientes.

El modelo elegido es el producto de una combinación entre los aspectos teórico de la calidad total y la información elaborada y obtenida de diferentes experiencias puestas en prácticas. Cuyo propósito consiste en orientar a la organización en el camino de la gestión excelente de sus procesos autónomos en el contexto de la organización sanitaria enfocada a la calidad total, siguiendo una secuencia lógica, comenzando por la descripción del contexto, continuando con la dirección estratégica, la gestión, el control, la evaluación y la mejora continua. Los Centros de Salud tienen como meta ofrecer una atención que satisfaga las necesidades y expectativas de salud de su cliente-paciente, se persigue trabajar en calidad total y en este sentido la GEP es un instrumento indispensable.

Recomendaciones

1. Se sugiere la implementación del Proyecto: CAPS – GEP Posadas 2015 en los Centros de Atención Primaria del Municipio, ya que su puesta en marcha sería beneficioso para la organización porque le permitiría orientar su atención a la satisfacción del paciente, optimizar su funcionamiento y mejorar los indicadores de salud y de calidad de vida de la población posadeña.
2. Debe impulsarse y garantizar al recurso humano de la Institución, una adecuada capacitación en la gestión de cambio, en la gestión del conocimiento y en la gestión por procesos, de manera que pueda actuar y decidir, en los Centros de Salud, desde su propio discernimiento.
3. La organización debe lograr la mayor compenetración y participación de los miembros de los Centros de Atención, identificando a los miembros de la institución dispuestos a comprometerse en la mejora de la calidad de los servicios.

Investigaciones Futuras

El modelo diseñado, deja abierta la posibilidad para que otros investigadores en el futuro sigan perfeccionándolo y puedan incorporar nuevas variables que permitan acercarnos aún más a la calidad total de la organización.

En esta dirección se expresa la inquietud respecto a la futura incorporación de todos los criterios de evaluación que componen el modelo de excelencia EFQM, que en este inicio de la implementación del Modelo se consideró sólo un criterio agente y uno de resultados.

Así también se manifiesta que en el futuro debería investigarse para observar la factibilidad de que, quienes lleven a cabo esta evaluación, sea una Comisión independiente a la estructura jerárquica de la Institución, lo que permitirá elevar aún más el nivel de transparencia de la evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- AGUILAR LÓPEZ, J. (2003). *La Gestión del Cambio*. Editorial Ariel SA, Barcelona, España, Marzo 2003.
- AMAZARRAIN, M. (1999). *La Gestión por Procesos*. Editorial Mondragón Corporación Cooperativa; España.
- AYUSO, D. y GRANDE, R. (2006). *Gestión de Enfermería y los Servicios Generales de Organizaciones Sanitarias*. Editorial Díaz de Santos, España.
- BRAVO CARRASCO, J. (2009). *Gestión de Procesos*. Editorial Evolución SA, Santiago, Chile.
- GIL RAMOS, J.; ANDRADES ROMERO, H.; SÁNCHEZ ARIAS, C.; ABREU GARCÍA, G.; NAVARRO ESPIGRES, J. (2006). *Centros Hospitalarios de Alta Resolución de Andalucía*. Editorial MAD SL España.
- HARRINGTON, H. (1993). *Mejoramiento de los Procesos de la Empresa*. Editorial Mc Graw Hill, Santafé de Bogotá.
- INSTITUTO PROVINCIAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS.
- (1961) Censo de Población, Hogares y Vivienda. Año 1960. Gobierno de la Provincia de Misiones, Posadas, Misiones, 1961.
- (1971) Censo de Población, Hogares y Vivienda. Año 1970. Gobierno de la Provincia de Misiones, Posadas, Misiones, 1971.
- (1981) Censo de Población, Hogares y Vivienda. Año 1980. Gobierno de la Provincia de Misiones, Posadas, Misiones 1981.
- LORINO, P. (1993). *El Control de Gestión Estratégico: La Gestión por Actividades*. Editores Boixareu Marcombo, S.A. Barcelona.
- MONTSERRAT, S. (2010). *Gestión del Conocimiento. El modelo de gestión de empresas del siglo XXI*. Editorial Netbiblo SL, España.
- MORA MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Editorial Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, España, 2003.
- MORRIS, J. y VARGAS, M. (2005). *Gestión del Cambio en Enfermería*. Universidad Rómulo Gallego, San Juan de los Morros Estado de Guárico, Maracay, Venezuela.

- NOGUEIRA RIVERA, D.; MEDINA LEÓN, A.; NOGUEIRA RIVERA, C. (2004). *Fundamentos del Control de la Gestión Empresarial*. Editorial Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana.
- PRESIDENCIA DE LA NACIÓN, MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, CONSEJO FEDERAL DE SALUD. (2005). *Manual de Prestadores Plan Nacer*. Plan Federal de Salud, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2005.
- SÁEZ RAMÍREZ, S. Y GOMEZ CAMBRONERO, L. (2006). *Sistema de Mejora Continua de la Calidad en el Laboratorio. Teoría y Práctica*. Editorial Publicacions de la Universitat de Valencia, España.
- SENGE, P. (1998). *La Quinta Disciplina. Cómo impulsar el aprendizaje en la organización inteligente*. Editorial Juan Granica SA, Segunda Edición en Castellano, España.

Leyes

- CÁMARA DE REPRESENTANTE DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2007). *Ley Provincial de Salud N° 4388*. Dictamen N° 032/2007-08. Según Digesto Jurídico, Ley XVII N° 58. Cámara de Representante de la Provincia de Misiones, Digesto Jurídico, 2007.
- GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.
- (2009a). *Resolución 2746/GCABA/MSGC/09*. Disponible en <http://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/apps/BO/front/documentos/normas/2009/09/PE-RES-MSGC-MSGC-2746-9.pdf> Fecha de acceso: 10 de abril de 2011.
- (2009b). *Resolución 2746 – Gestión por Procesos*. http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/gestionsalud/planes.php?menu_id=22840 Fecha de acceso: 10 de abril de 2011.
- GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES.
- (2008a) *Programa de Descentralización de la Gestión para la Atención Primaria de la Salud*. Decreto 071/08. Enero 2008.
- (2008b). *Presupuesto General de la Administración Pública. Ejercicio Financiero 2008. Ley 4397. Decreto 01/2008*. Dirección General de Presupuesto. Secretaría de Estado de Hacienda y Finanzas. Subsecretaría de Hacienda. Enero 2008.

- (2008c) *Modificación Decreto N° 71/08. Transferencia a los Municipios de los Fondos asignados*. Boletín Oficial N° 12315, Julio 2008.
- (2008d) *Reestructuración Zonas de Salud y Áreas Programáticas*. Decreto 97/08. Boletín Oficial N° 12232, Marzo 2008.
- (2008e). *Resolución N° 865*. Ministerio de Salud Pública, Abril 2008.
- (2008f). Decreto N° 71/08. *Anexo II. Formulario de Proyecto Municipal para el Fortalecimiento de la APS*. Boletín Oficial N° 12198, Febrero 2008.
- (2009). *Modificación Decreto N° 71/08. Mecanismo de discriminación positiva*. Boletín Oficial N° 12569, Agosto 2009.

Tesis

- GARCÍA ALONSO, D. (2012). *El cambio Organizacional*. Universidad de León, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Grado en Administración y Dirección de Empresas, León España, Junio 2012. Disponible en https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1858/09795587W_GADE_Junio12.pdf?sequence=1. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.
- HUERGO SANCHEZ, F. (2011). *Introducción de la gestión por procesos en un laboratorio de investigación neonatal*. Universidad de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Salud Pública, Tesis de Maestría. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=613831&indexSearch=ID> Fecha de acceso: 11 de abril de 2011.
- JARAMILLO PAREDES, R. (2008). *Propuesta de Gestión por Procesos en los Servicios de Pediatría y Ginecología que ofrece el Centro de Salud Pública El Carmen de la Ciudad de Quito*. Facultad de Ciencias Administrativas, Escuela Politécnica Nacional, Carrera Ingeniería Empresarial, Tesis Ingeniería Empresarial, Ecuador, pág. 16. Disponible en <http://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/15000/605/1/CD-1567%282008-06-30-03-14-00%29.pdf>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.
- VELÁSQUEZ, H. (2007). *Evaluación de Políticas Organizacionales del Sector Público en el Desarrollo de la Enfermería de Misiones*. UNAM, Facultad de

Ciencias Económicas, Doctorado en Administración, Tesis Doctoral, Octubre de 2007.

Artículos en Revistas Científicas

GONZÁLEZ TÉLLEZ, M. (2011). *Los Cambios en las Organizaciones*. Universidad de Málaga, Eumed.net, Contribuciones a la Economía, Mayo 2011. Disponible en <http://www.eumed.net/ce/2011a/mgt.htm>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

JORDI, D. (2008). *Gestión en Atención Primaria. Gestión por procesos*. Medical Economics, Edición Española de Spanish Publishers Associates, Abril 2008, Volumen 5, N° 8. Disponible en http://www.medeco.es/comps/pdf_89.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

LLERAS MUÑOZ, S. (2002). *Gestión por procesos: su utilidad en Atención Primaria*. Elsevier, SEMERGEN - Medicina de familia, España, Junio 2002, Volumen 28, N° 06. Disponible en <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/articulo/gestion-por-procesos-su-utilidad-13034335>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

MALLAR, M. (2010). *La Gestión por Procesos: Un Enfoque de Gestión Eficiente*. Revista Visión de Futuro, Enero - Junio 2010, Año 7, N°1, Volumen N° 13. Disponible en: http://revistacientifica.fce.unam.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=207:la-gestion-por-procesos-un-enfoque-de-gestion-eficiente&catid=83:articulos&Itemid=52 Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

MARTÍNEZ, B. (2008). *Hablemos de ... Calidad ¿Qué es el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)?* Elsevier, Anales de Pediatría Continuada, Septiembre de 2008, Volumen 6, Número 5, pág. 315-320. Disponible en http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=80000456&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=51&ty=158&accion=L&origen=apcontinuada&web=http://www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=v6n5a356pdf001.pdf. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

- MEDINA LEÓN, A., NOGUEIRA RIVERA, D., HERNÁNDEZ NARIÑO, A. Y VITERI, J. (2010). *Relevancia de la Gestión por Procesos en la Planificación Estratégica y la Mejora Continua*. Revista Eídos, Febrero 2010, Número 2, Ecuador. Disponible en www.ute.edu.ec/posgrados/EIDOS2.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.
- MORA MARTÍNEZ, J. (2002). Gestión Clínica por Procesos: mapa de procesos de enfermería en centros de salud. Revista de Administración Sanitaria, Enero / Marzo 2002, Volumen VI; Numero 21. Disponible en: <http://www.dinarte.es/ras/ras21/pdf/09%20adm%20y%20gest%204.pdf>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.
- MUÑOZ RAMÓN, J.; PAZ, J.; CERPA, M.; VÁRELA, A.; GARCÍA CABALLERO, J. (2008). *La Gestión por Procesos en el Tratamiento del Dolor*. Revista Sociedad Española del Dolor, Mayo 2008, Volumen 15, Número 4, 241-247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000400006&lng=es. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.
- PEDRO GOMEZ, J. y MORALES ASENCIO, J. (2004). *Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia?* Index de Enfermería, Granada, Volumen 13, Número 44-45, jun. 2004. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100006. Fecha de Acceso: 26 de julio de 2013.
- PEPPER BERGHOLZ, S. (2011). *Definition of process management*. Medwave, Mayo 2011, N° 05:e5032. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES03-A/5032>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.
- REYES ALCÁZAR, V. (2012). *The importance of recognizing the needs and expectations of users*. Medwave, Enero 2012, N° 1: e5282. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Editorial/5282>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.
- SAMPEDRO CAMARENA, F. (2012). *La Gestión del Conocimiento y el Empowerment en un Hospital Universitario del Siglo XXI*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, Originales Electrónicos, España, pág. 4. Disponible en <http://www.cba.gov.ar/wp->

content/4p96humuzp/2012/08/sal_sepa_empowerment.pdf. Fecha de acceso: 27 de julio de 2013.

TORRES OLIVERA, A. (2003). *La gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria*. Editorial semFYC, Atención Primaria 2003; Volumen 31, Número 9, pág. 561-3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v31n09a13048146pdf001.pdf> Fecha de acceso: 02 de abril de 2011.

ZURRO, A. y JODAR SOLÁ, G. (2011). *Atención Primaria de Salud y Atención Familiar y Comunitaria*. Elsevier España S.L., pág. 4. Disponible en <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

Páginas Web

ALTA COMPLEJIDAD EN RED HOSPITAL EL CRUCE. (2013). *El Modelo de Gestión por Procesos*. Buenos Aires, Florencio Varela, Alta Complejidad en Red Hospital El Cruce, pág. 1. Disponible en: <http://calidad.blogs.hospitalelcruce.org/f-herramientas-para-gestionar-la-calidad/gestion-por-procesos/> Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

ARP CALIDAD. (2013). *Los Beneficios de la Gestión por Procesos*. Disponible en <http://arpcalidad.com/los-beneficios-de-la-gestin-por-procesos/> Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

AYUSO, D. y GRANDE, R. (2006). *Gestión de Enfermería y los Servicios Generales de Organizaciones Sanitarias*. Editorial Díaz de Santos, España.

BELTRÁN SANZ, J.; CARMONA CALVO, M.; CARRASCO PÉREZ, R.; RIVAS ZAPATA, M. Y TEJEDOR PANCHÓN, F. (2009). *Guía para una gestión basada en procesos*. Instituto Andaluz de Tecnología, Centro Andaluz para la Excelencia en la Gestión. Disponible en <http://excelencia.iat.es/files/2012/08/2009.Gesti%C3%B3n-basada-procesos-completa.pdf>. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

BUENOS AIRES CIUDAD. (2011). *Gestión por Procesos, Alta Resolución y Gestión Clínica en Alemania*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en

- <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/gestionsalud/encuentros.php> Fecha de acceso: 05 de abril de 2011.
- CALIDAD ISO 9000. (2013). *Contenidos de las Fichas de Proceso*. ISO 9000 Calidad. Disponible en <http://iso9001calidad.com/contenidos-de-las-fichas-de-proceso-126.html>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.
- CONSEJERÍA DE SALUD ANDALUCÍA. (2001). *Guía de Diseño y mejora Continua de Procesos Asistenciales*. Edición Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Andalucía, España, 2da. Edición, 2009. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp?idioma=es&perfil=org&opcion=listadoTematico&tema=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/&desplegar=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/&menu=S Fecha de acceso: 02 de abril de 2011.
- GARCÍA ALONSO, D. (2012). *El cambio Organizacional*. Universidad de León, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Grado en Administración y Dirección de Empresas, León España, Junio 2012. Disponible en https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1858/09795587W_GADE_Junio12.pdf?sequence=1. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.
- GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.
- (2008). *Atención Primaria*. Disponible en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/a_primaria/presentacion.php?menu_id=17656. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.
- (2009a). *Resolución 2746/GCABA/MSGC/09*. Disponible en <http://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/apps/BO/front/documentos/normas/2009/09/PE-RES-MSGC-MSGC-2746-9.pdf> Fecha de acceso: 10 de abril de 2011.
- (2009b). *Resolución 2746- Gestión por Procesos*. Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/gestionsalud/planes.php?menu_id=22840 Fecha de acceso: 10 de abril de 2011.
- (2011). *Jurisdicción 40-Ministerio de Salud*. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/presupuesto2011/presupuesto_

2011/03_ley_3753/04_presupuesto_jurisdiccional/Jur40.pdf Fecha de acceso: 10 de abril de 2011.

EFMQ.

(1999). *Introducción a la Excelencia*. EFQM 1999-2003, pág. 2. Disponible en <https://www.ucv.es/documentos/calidad/EFQM.pdf> Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

(2009). *Guía de Transición al Modelo EFQM 2010*. Disponible en <http://excelencia.iat.es/files/2012/09/gu%C3%ADa-transicion.pdf>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

GOBIERNO DE CHILE. (2011). *Hospital de Niños Roberto del Río. Planificación Estratégica 2011-2014*. Disponible en <http://www.hrrio.cl/documentos/PLANIFICACION%20ESTRATEGICA%202011-2014.pdf> Fecha de acceso: 09 de abril de 2011.

GROUARD, B. Y MESTON, F. (1996). *Reingeniería del Cambio*. Editorial Alfaomega, citado por García Alonso, D. (2012). *El cambio Organizacional*. Universidad de León, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Grado en Administración y Dirección de Empresas, León España, Junio 2012. Disponible en https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1858/09795587W_GADE_Junio12.pdf?sequence=1. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.

HOSPITAL CENTRAL Dr. RAMÓN MADARIAGA.

(2008). *Jornada – Taller de Gestión por Procesos*. Disponible en <http://comunidadmadariaga.blogspot.com.ar/2008/05/masiva-concurrencia-la-jornada-taller.html> Fecha de acceso: 11 de abril de 2011.

(2011). *4ª Jornadas Multidisciplinarias de Investigación del Hospital Dr. Ramón Madariaga y 1ª del Parque de la Salud Hospital*. Disponible en <http://xa.yimg.com/kq/groups/23009980/1871407719/name/Revista> Fecha de acceso: 11 de abril de 2011,

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

(2008a). *Instituição*. Brasil, San Pablo. Disponible en http://www.hcnet.usp.br/instituicao/quem_somos.htm Fecha de acceso: 12 de abril de 2011.

(2008b). *Missão-Visão do Hospital*. Brasil, San Pablo. Disponible en <http://www.hcnet.usp.br/adm/missao.htm> Fecha de acceso: 12 de abril de 2011.

(2008c). *Valores do Hospital*. Brasil, San Pablo. Disponible en <http://www.hcnet.usp.br/adm/valores.htm> Fecha de acceso: 12 de abril de 2011.

(2008d). *Diretrizes Estratégicas Amplas para o Hospital 2008*. Brasil, San Pablo. Disponible en <http://www.hcnet.usp.br/adm/diretrizes.htm> Fecha de acceso: 12 de abril de 2011.

(2008e). *Gestão de Processos*. Brasil, San Pablo. Disponible en <http://www.hcnet.usp.br/adm/superintendencia/relatorios/pdf/processos.pdf> Fecha de acceso: 12 de abril de 2011.

HOSPITAL ITALIANO. (2011). *Visión de Servicio de Diagnóstico por Imágenes*. Disponible en http://www.hospitalitaliano.org.ar/imagenes/index.php?contenido=ver_seccion.php&id_seccion=8026 Fecha de acceso: 13 de abril de 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS.

(2001). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Año 2001*. Disponible en <http://www.indec.gov.ar>. Fecha de acceso: 10 de enero de 2010.

(2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Año 2010*. Disponible en <http://www.indec.gov.ar>. Fecha de acceso: 17 de enero de 2010.

(2010a). *Encuesta Permanente de Hogares Continua. Cuarto trimestre de 2010*. Disponible en <http://www.indec.gov.ar>. Fecha de acceso: 20 de enero de 2010.

(2010B). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Año 1991*. Disponible en <http://www.ipeec.misiones.gov.ar>. Fecha de acceso: 22 de septiembre de 2010.

- (2010C). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Año 2001*. Disponible en <http://www.ipeec.misiones.gov.ar>. Fecha de acceso: 22 de septiembre de 2010.
- INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. (2009). *Excelencia Empresarial y Condiciones de Trabajo: el Modelo EFQM 2010*. Gobierno de España, Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, Notas Técnicas de Prevención 870. Disponible en <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/856a890/870w.pdf>. Fecha de acceso: 26 de julio de 2013
- CALIDAD ISO 9000. (2013). *Contenidos de las Fichas de Proceso*. ISO 9000 Calidad. Disponible en <http://iso9001calidad.com/contenidos-de-las-fichas-de-proceso-126.html>. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.
- JUNTA DE ANDALUCIA. (2002). *Gestión por Procesos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Consejería de Salud, Secretaría General de Calidad, Consejería Técnica, España. Febrero 2002. Disponible en http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.
- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. (2004). *Trabajando con los Procesos: Guía para la Gestión por Procesos*. Editorial Junta de Castilla y León, Consejería de Presidencia y Administración Territorial, Dirección General de Atención al Ciudadano y Modernización Administrativa. Disponible en http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/432/626/Gestion%20por%20Procesos.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobheadername2=JCYL_Presidencia&blobheadervalue1=attachment%3Bfilename. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.
- LÓPEZ, H. (2007). *Gestión del Conocimiento. Enfoque Empresarial con miras a futuro*. Universidad de los Hemisferios, Facultad de Ciencias Empresariales, Ecuador. Disponible en <http://www.indeg.edu.ec/publicaciones/GESTION%20DEL%20CONOCIMIENTO.pdf>. Fecha de acceso: 26 de julio de 2013.
- LORENZO MARTÍNEZ, S.; MIRA SOLVES, J. y MORACHO DEL RÍO, O. (2002) *La Gestión por Procesos en Instituciones Sanitarias*. Gobierno de España,

- Ministerio de Economía y Competitividad, Instituto de Salud Carlos III, Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica, Módulo 8: Gestión Clínica 1: Gobierno Clínico. Disponible en http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf. Fecha de acceso: 18 de junio de 2013.
- MARCHESE, A.; NAVARO, D.; DUBOIS, R. INGRASSIA, R. y MUCCILLI, R. (2009). *Gestión del Conocimiento en Organizaciones que crean valor*. Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Económicas y Estadística, Instituto de Investigaciones, Decimocuartas Jornadas Investigaciones en la Facultad de Ciencias Económicas y Estadística, noviembre 2009. Disponible en <http://www.fcecon.unr.edu.ar/fcecon.unr.edu.ar/sites/default/files/u16/Decimocuartas/Marchese,%20Ingrassia%20%20Gestion%20de%20Conocimiento%20Organizaciones.pdf>. Fecha de acceso: 26 de julio de 2013.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2010). Programa Hambre Cero. Disponible en http://www.desarrollosocial.misiones.gov.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=407&Itemid=5 Fecha de acceso: 18 de marzo de 2011.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2011). *Remediar más Redes*. Presidencia de la Nación, Remediar más Redes. Disponible en http://www.remediar.gov.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=11. Fecha de acceso: 01 de abril de 2011
- MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. (2011). *Gestión de Calidad en Hospitales Provinciales*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, área de Prensa. Disponible en <http://ar.globedia.com/dictancurso-gestion-calidad-hospitalaria-penna-bahia-blanca>. Fecha de acceso: 11 de abril de 2011.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2009). Plan Mamá. Disponible en http://www.salud.misiones.gov.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=1598&Itemid=1 Fecha de acceso: 17 de marzo de 2011.
- (2010). *Política Sanitaria Provincial*. Disponible en http://www.salud.misiones.gov.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=69. Fecha de acceso: 20 de agosto de 2010.

(2011a). *Plan Nacer*. Disponible en http://www.salud.misiones.gov.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=3624&Itemid=148 Fecha de acceso: 7 de marzo de 2011.

(2011b). *Plan Nacer. Circular 01*. Disponible en <http://www.salud.misiones.gov.ar/images/download/reglamentacion%20vigente%202008.pdf> Fecha de acceso: 7 de marzo de 2011.

(2011c). *Plan Nacer. Circular 02*. Disponible en <http://www.salud.misiones.gov.ar/images/download/reglamentacion%20vigente%202008.pdf> Fecha de acceso: 7 de marzo de 2011.

(2011d). *Plan Nacer. Disposición 001*. Disponible en <http://www.salud.misiones.gov.ar/images/download/reglamentacion%20vigente%202008.pdf> Fecha de acceso: 7 de marzo de 2011.

(2011e). *Plan Nacer. Disposición 20*. Disponible en <http://www.salud.misiones.gov.ar/images/download/Comunicacion/Nacer/disposici%F3n%20del%20plan%20nacer%2020-08.pdf> Fecha de acceso: 7 de marzo de 2011.

(2011f). *Plan Nacer. Disposición 55*. Disponible en <http://www.salud.misiones.gov.ar/images/download/reglamentacion%20vigente%202008.pdf> Fecha de acceso: 7 de marzo de 2011.

(2011g). *Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable*. Disponible en http://www.salud.misiones.gov.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=19&Itemid=9 Fecha de acceso: 17 de marzo de 2011.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2009). *Alta Complejidad en Red Hospital El Cruce. Plan Estratégico 2009-2012*. Disponible en <http://www.hospitalelcruce.org/pdf/planestrategico.pdf>. Fecha de acceso: 08 de abril de 2011

MUNICIPALIDAD DE POSADAS.

(2008). *Plan Estratégico Posadas 2022. Acta Fundacional*. Disponible en http://pep2022.posadas.gov.ar/uploads/pep2022/eventos_reuniones_pdf/LanzamientoPEP2022/ActaFundacional07-07-08.pdf Fecha de acceso: 25 de febrero de 2011.

- (2010). *Plan Estratégico Posadas 2022*. Disponible en <http://pep2022.posadas.gov.ar/pep2022/libro> Fecha de acceso: 25 de febrero de 2011.
- (2011a). *Secretarías*. Disponible en <http://www.posadas.gov.ar/secretarias.php> Fecha de acceso: 18 de febrero de 2011.
- (2011b). *Organigrama de la Municipalidad de Posadas*. Disponible en <http://www.posadas.gov.ar/organigrama.php> Fecha de acceso: 21 de febrero de 2011
- NOVA VISIÓN EMPRESARIAL. (2013). *Noticias y Perspectivas. Principios Fundamentales de la Gestión por Procesos*. Disponible en http://www.novavision.com.co/noticia2_gestion_por_proyectos.html. Fecha de acceso: 28 de julio de 2013.
- OSAKIDETZA. (2007). *Gestión por Procesos en el ámbito de la gestión de Personas en Osakidetza*. Editorial Osakidetza, Gobierno Vasco, Administración de la Comunidad Autónoma Vasca, España. Disponible en http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkrhh01/es/contenidos/informacion/organizacion_gestion_osk/es_og/adjuntos/politica/gestionProcesos.pdf. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.
- OSAKIDETZA SERVICIO VASCO DE SALUD. (2005). *Hospital de Zumárraga Memoria EFMQ 2005*. Disponible en http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkhzum27/es/contenidos/informacion/hzum_gestion_calidad/es_hzum/adjuntos/memoria_premio_europeo_EFQM2005.pdf Fecha de acceso: 02 de abril de 2011.
- PRESIDENCIA DE LA NACIÓN. ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. (2009). *Asignación Universal por Hijo*. Presidencia de la Nación. Disponible en <http://www.anses.gov.ar/autopista/asignacion-universal-hijo/>. Fecha de acceso: 17 de marzo de 2011.
- PRESIDENCIA DE LA NACIÓN. MINISTERIO DE SALUD.
- (2005). *Manual de Prestadores Plan Nacer*. Plan Federal de Salud, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
- (2011a). *Programa Remediar. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación*. Disponible en

- http://www.remEDIAR.gov.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=7 Fecha de acceso: 15 de marzo de 2011.
- (2011b). *Programa Materno Infantil de La Nación*. Presidencia de la Nación. Disponible en <http://msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/index.htm> Fecha de acceso: 16 de marzo de 2011.
- REGIÓN DE MURCIA, COSEJERÍA DE SANIDAD. (2007). *Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007-2010*. Disponible en http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/153135-atencion_primaria.pdf. Fecha de acceso: 05 de abril de 2011.
- SECRETARIA DE SALUD DE MÉXICO. (2006). *Innovación en Gestión Hospitalaria en México. El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad*. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7848.pdf> Fecha de acceso: 06 de abril de 2011.
- SESCAM. (2002). *La Gestión por Procesos*. Sescam, Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria, Toledo, España, página 5. Disponible en http://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/2265/mod_resource/content/1/Modulo_1/Gestiondeprocesos.pdf. Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.
- UNIVERSIDAD AUSTRAL. (2008). *Programa de Entrenamiento en Mejora de los Procesos Asistenciales*. Universidad Austral, Facultad de Ciencias Biomédicas, Intermountain Health Care. Disponible en <http://www.austral.edu.ar/cienciasbiomedicas/files/2012/04/atp-2.pdf> Fecha de acceso: 08 de abril de 2011.
- UNIVERSIDAD DE GREIFSWALD.
- (2011a). *Willkommen in der Universitätsmedizin Greifswald*. Disponible en <http://www.medizin.uni-greifswald.de/> Fecha de acceso: 05 de abril de 2011.
- (2011b). *Ernst Moritz Arndt Univesität Greiswald*. Disponible en <http://www.uni-greifswald.de/en/research/clinics.html> Fecha de acceso: 05 de abril de 2011.
- UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE VALENCIA. (2011). *Manual de Gestión de Procesos*. Sistema de Gestión de Calidad, España, Octubre 2011 – Versión 1.

Disponible en http://www.upv.es/orgpeg/web/manual_gestion_procesos.pdf.

Fecha de acceso: 25 de julio de 2013.

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES**

Formulario de autorización para la publicación de Tesis

1. Identificación del Material Bibliográfico: Tesis Doctoral

2. Identificación del Documento/Autor.

Programa de Posgrado	Doctorado en Administración
Área de conocimiento	Administración
Identificación Institucional	
Universidad y/o organismo	Universidad Nacional de Misiones
Título:	Modelo de Gestión Estratégica por Procesos para los Centros de Atención Primaria de la Salud del Municipio de la Ciudad de Posadas - Misiones
Autor:	Gloria Beatriz Orzuza
Tipo y Nº de documento	DNI 14.258.592
Director:	Hilda Aurora Velásquez
Tipo y Nº de documento	DNI 12.118.200
Nº de páginas	361
Fecha de entrega del archivo	29 / 11 / 2013
Fecha de defensa	/ / 2013

3. Información de acceso al Documento

Autorizo Publicación: No

Puede ser liberado para Publicación: No

En caso de Publicación Parcial, señalar las restricciones:

En calidad de titular de los derechos de autor de la mencionada publicación, **no autorizo** a la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Misiones, **a publicar, sin resarcimiento de derechos de autor**, conforme a las condiciones arriba indicadas, en medio electrónico, en la red mundial de computadoras, en la biblioteca y en la Revista Científica Visión de Futuro de la Facultad de Ciencias Económicas en su versión en línea e impresa y sitios en las que ésta última haya otorgado licencias, para fines de lecturas, impresión y/o descarga por Internet, **a título de divulgación de la producción científica generada por la Universidad**, a partir de la fecha.

Se deslindará a la Facultad de Ciencias Económicas y a la Universidad Nacional de Misiones de toda responsabilidad legal que surgiera por reclamos de terceros que invoquen la autoría del artículo cuya publicación se efectúe.

Además se le informa que Ud. puede registrar su trabajo de investigación en el Registro de la Propiedad Intelectual, no siendo responsable la Universidad Nacional de Misiones y/o Facultad de Ciencias Económicas por la pérdida de los derechos de autor por falta de realización del trámite ante la autoridad pertinente.

Asimismo, notificamos que para obtener el título de "Patente de Invención" es necesario presentar la solicitud de patente dentro del año de la publicación o divulgación. (Art. 5 Ley 24.481).

Firma del Autor

Firma del Director

POSADAS NOVIEMBRE de 2013
Lugar

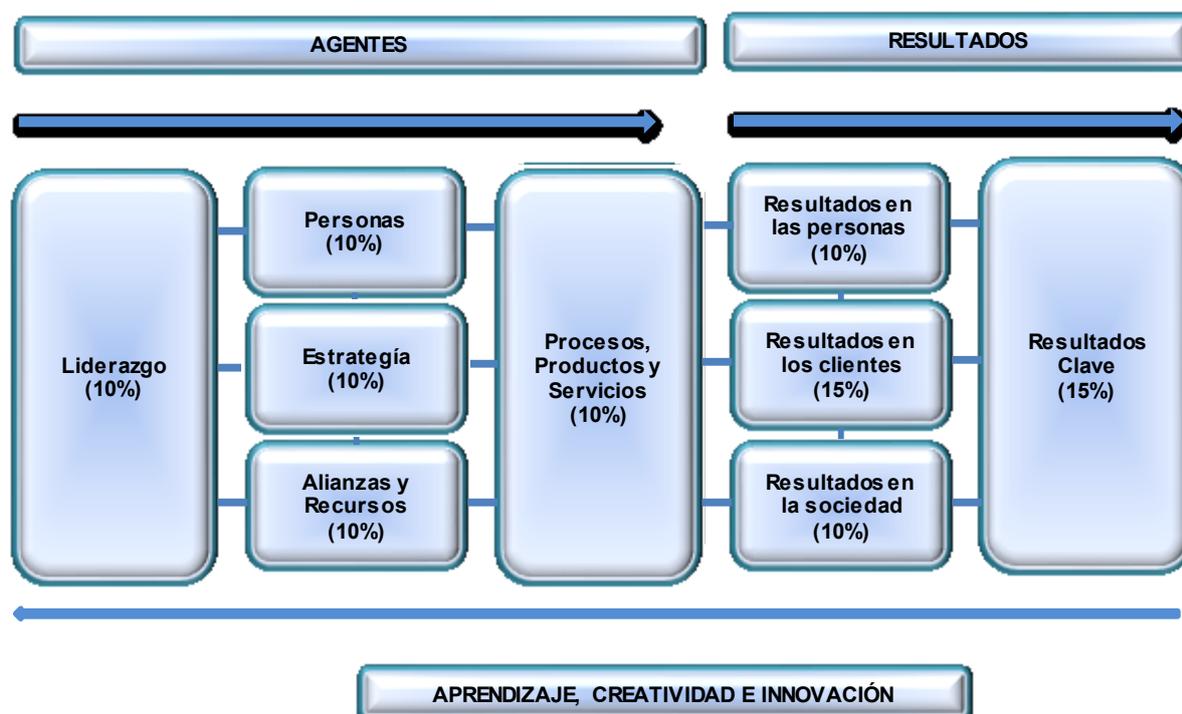
29 / 11 / 2013
Fecha

¹ En caso de autorizar la publicación puede optar que la misma sea parcial o total después de un año a partir de la fecha de defensa.

² Aplicable a compromisos de índole institucional, acuerdos con terceros, etc.; esta especificación podrá ser mantenida durante un año a partir de la fecha de defensa.

ANEXOS

Anexo I - Mapa de los Criterios en el Modelo EFQM



Fuente: EFQM Modelo 2010

Anexo II - Entrevista y Encuesta**ENTREVISTA A LOS RESPONSABLES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE LA SALUD MUNICIPAL****Entidad – Identificación del Centro de Salud**

CAPS: _____

Responsable: _____

Cargo: _____

I. Organización

1. Cuándo se creó este CAPS

2. Cuál fue el instrumento de implementación

 Decreto Resolución_____
_____**II. Estructura Orgánica y Funcional**

3. De quién depende este CAPS en la estructura orgánica de la Municipalidad de Posadas

4. Cómo es la estructura orgánica del CAPS

5. Qué horario de funcionamiento tiene el Centro de Atención _____

6. Cuántas personas trabajan en este Centro de Salud

III. Recursos Humanos

7. Los recursos humanos que cuenta, qué profesiones abarcan. Cuáles son las especialidades con que cuenta.

- Medicina General
 Ginecólogo/obstetra
 Partera
 Pediatría
 Otras Especialidades _____
 Médico Comunitario
 Odontología
 Servicio de Salud Mental
 Servicio de Laboratorio
 Servicio de Asistencia Social
 Servicio de Farmacia
 Atención de Enfermería Profesionales Auxiliares
 Otros Servicios
 Agentes Sanitarios Promotores de Salud
 Becarios/Pasantes Servicios Administrativos
 Servicios de Traslados

Cuál es la situación laboral del personal del Centro de Salud

- Planta Permanente
- Con relación de dependencia
- Sin relación de dependencia
- Monotributista

IV. Gestión

8. Qué objetivos deben cumplir _____

Qué Indicadores sanitarios _____

Cuál es su planificación _____.

9. Los recursos financieros del CAPS de donde provienen

- Propios (del Municipio)
- Externos Especificar _____
- Cooperadoras
- Donaciones
- Otros _____

La remuneración del personal proviene de recursos de la Municipalidad, sea personal permanente o temporario, sean médicos, profesionales, administrativos, de servicios.

- Si No

10. Con qué frecuencia van los médicos especialistas

11. Tienen guardia médica

Si No

12. Hay enfermería, que nivel de enfermería tiene la APS, cuál es el trabajo que realiza este profesional, enfermera/o.

13. Qué porcentaje del personal han recibido capacitación en APS. Cuando.

14. Qué Programas de Salud se ejecutan en este CAPS, de recursos:

Nacionales _____

Provinciales _____

UNICEF _____

Otros _____

15. Con qué tecnología cuentan

De comunicación: Teléfono Internet

Lo necesarios para la Atención:

Médicos _____

Odontológicos _____ Rayos X _____

Laboratorio _____ Otros _____

16. Cuál es el área de cobertura. A qué barrios prestan atención. Pedir croquis si cuenta.

17. Con qué estadísticas cuentan

- Embarazadas bajo control en este Centro
- Menores de hasta 6 año bajo control
- Desnutridos bajo control
- Diabéticos bajo control
- Hipertensos bajo control
- Vacunación
- Tienen normase escritas sobre estos controles
- Disponen de formularios: p/historias clínicas Libretas sanitarias
- Planillas de: Consultas diarias De enfermería
- Apoyo nutricional Notificación y vigilancia epidemiológica
- Plan Nacer RUSMI Remediar Misionero
- Remediar
- Certificación de Servicios y documentación de Becarios y/o Pasantes

18. A cuánta población atienden aproximadamente

19. Cuáles son las primeras causas de consulta en el centro

Niños _____

Jóvenes _____

Adultos _____

20. Cuándo el paciente presenta una situación que no puede ser atendido por la APS porque requiere de otro nivel de atención de mayor complejidad cómo se hace esa conexión

21. Reciben supervisión de:

- Municipalidad
- Salud Pública de la Provincia de Misiones

22. Reciben insumos básicos.

- Vacunas Jeringas/aguja descartables Apoyo Nutricional
- Remediar Remediar Misionero
- Insumos Programa Salud Sexual y Procreación Responsable

V. Grado de Involucramiento

23. En qué situación de gestión se encuentra actualmente el Centro. Con respecto

Al recurso humano _____

Al equipamiento _____

A los insumos _____

La infraestructura _____

A la población a atender _____

En caso de producirse algún cambio en el modelo de gestión del Centro de Salud, tendiente a optimizar su funcionamiento, apoyaría dicho cambio:

- Por qué _____

24. Cuál es la situación socioeconómica y sanitaria de la población en la cual el Centro de Salud brinda su servicio.

25. Qué proporción de la población bajo el área de atención del Centro posee cobertura social.

26. Realizan actividades:

Comunitarias

Recorrido del área de cobertura _____

Temas trabajados _____

Visitas domiciliarias

Programadas

Recordatorias

Conoce situaciones conflictivas personales de la población bajo el área de cobertura _____

ENCUESTA A LOS CLIENTES-PACIENTES DE LOS CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Particularidades del Encuestado

Sexo: Femenino Masculino

Situación Laboral:

- Ama de Casa
- Servicio Doméstico
- Obreros
- Otros

Procedencia del usuario de la Demanda:

- Barrio
- Zonas Aledañas

I. Demanda

1. Motivo por el cual acuden al CAPS

- Consulta por la presencia de síntomas de una enfermedad
- Cita programada
- Emergencia
- Otros

2. Solución dada al problema por el cual acudió al CAPS. Le resolvieron el problema.

- Si No Continúa en tratamiento

3. Le proporcionaron los remedios recetados

- Si No No le recetaron

II. Opinión

4. Fue atendido sin dificultad por el personal del CAPS

- Si No

5. Considera Ud. que el tiempo para conseguir una cita como para entrar en consulta en el Centro es:

Mucho Regular Poco

6. Considera suficiente la oferta de los médicos del CAPS

Si No Regular

7. Considera que es suficiente la cantidad de recursos humanos que trabajan en el CAPS

Enfermeros Administrativos De Apoyo Asistente Social

III. Grado de Satisfacción de sus expectativas y necesidades

8. Cómo considera la atención de los profesionales, del recurso humano y el funcionamiento general del CAPS

Muy buena Buena Regular Mala

9. Considera Ud. que la atención médico-paciente es

Muy buena Buena Regular Mala

10. Qué opinión le merece la estructura edilicia del CAPS, la limpieza, la apariencia y la comodidad.

Muy buena Buena Regular Mala

11.Cuál es su grado de satisfacción de los servicios brindado por el CAPS:

Muy buena Buena Regular Mala

12. Según su opinión qué aspecto sería necesario mejorar en este centro de salud para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente.

Anexo III - Modelo de Formulario de Proyecto Municipal para Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud

El formulario del Proyecto Municipal deberá presentarse a la Subsecretaría de AP y Salud Ambiental del Ministerio de Salud Pública en dos (2) copias impresas, foliadas correlativamente y con una (1) copia en soporte magnético.

El formulario tipo contendrá los siguientes campos:

I. TITULO DEL PROYECTO: Nombre del proyecto con el que se denominará en adelante. Debe ser claro e identificatorio del problema seleccionado.

II.- LUGAR DE EJECUCION DEL PROYECTO: Ubicaciones geográficas principales donde se ejecutarán las acciones del proyecto. Identificar: área de la ciudad o municipio/paraje/colonia.

III.- MUNICIPIO: Debe consignarse el nombre completo del municipio que presenta el proyecto, sin abreviaturas ni siglas.

IV.- NÚMERO DE C.U.I.T.: Debe consignarse el número de CUIT correspondiente a la inscripción del Municipio en la AFIP.

V.- RESPONSABLE DE GESTION MUNICIPAL DEL PROYECTO (RGM): Especificar el nombre de la persona “responsable de gestionar el proyecto municipal” (RGM), que será el referente con el cual el Programa acordará pautas para facilitar la implementación del proyecto, su financiamiento y posterior evaluación. Deberá tener una formación técnica y experiencia mínima de gestión acorde a la función a desempeñar. El RGM debe presentar Curriculum Vitae resumido y el aval del intendente según modelo que se adjunta a la presente.

VI.- DATOS PARA LA COMUNICACIÓN CON EL R.G.M. PROYECTO: Teléfono/celular, Fax y Correo Electrónico que sirvan para mantener una comunicación fluida durante el transcurso del proyecto, con el responsable del proyecto.

VII.- DATOS DE LA CUENTA BANCARIA: Con especificación de Entidad Bancaria, Sucursal, Tipo y N° de Cuenta y CBU.

VIII.- ADMINISTRADOR DE LOS FONDOS TRANSFERIDOS AL MUNICIPIO: Es la persona que se va a encargar de realizar el seguimiento contable de las actividades y será el responsable, junto con el R.G.M. del proyecto, del manejo de los fondos y

de la presentación de los informes financieros de avance y final, por lo cual deberá tener una formación técnica y experiencia pertinente a este fin.

IX.- DATOS PARA COMUNICACIÓN CON ADMINISTRADOR DE LOS FONDOS: Teléfono/celular, Fax y Correo Electrónico que sirvan para mantener una comunicación fluida durante el transcurso del proyecto con el responsable del proyecto.

X.- DOMICILIO PARA RECEPCION DE DOCUMENTACION POSTAL: Puede no coincidir con el domicilio legal del Municipio. Es la dirección donde se enviará toda documentación y notificación inherente al proyecto, por lo que es importante que figuren todos los datos solicitados. El Intendente deberá notificar al Programa cualquier modificación al respecto.

XI.- EQUIPO TECNICO MUNICIPAL DE APOYO A LA GESTION Y EJECUCION DEL PROYECTO: Deberá consignar los datos de los responsables con detalle de nombre, apellido, profesión/oficio y cargo que ocupa actualmente.

Este registro permitirá identificar las personas participantes y vinculadas al Municipio. Pueden participar autoridades, ONG, empresarios, educadores, religiosos, comerciantes, sindicalistas, etc. La función o tarea dentro del proyecto deben corresponderse con la ejecución del mismo y/o de sus actividades. Puede incluirse en el equipo técnico en el apoyo administrativo o contable, así como becarios o personal especializado que participará a lo largo de la ejecución del proyecto.

XII.- JUSTIFICACIÓN DE LA PRIORIDAD MUNICIPAL: Para completar con no más de cien (100) palabras como máximo.

XIII.- BENEFICIARIOS: Se consideran beneficiarios a aquellos que serán alcanzados por las acciones del proyecto y en quienes se utilizarán los bienes o servicios producidos por el proyecto en el espacio o área definido de ejecución. Se deberá identificarlos y caracterizarlos claramente (grupos, cantidad de personas, edades, situación socio-económica, aspectos culturales, otros). Si se dispone de información cuantificable (cantidad de personas a beneficiar) es importante que quede expresado. Desarrollar en no más de cien (100) palabras como máximo.

XIV.- OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVO ESPECIFICO: El objetivo general es amplio y expresa, qué se quiere lograr en términos de atención primaria para mejorar la salud del municipio con el proyecto propuesto, mientras que los objetivos

específicos contribuyen a alcanzar el objetivo general. Se aceptará un máximo de hasta cuatro (4) objetivos específicos.

XV.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: El cronograma de actividades permite ordenar gráficamente las acciones más importantes a desarrollar durante la ejecución del proyecto de gestión municipal y es fundamental para realizar el seguimiento del mismo. Deben describirse claramente, para cada objetivo específico, las actividades que se realizarán, enumerando las mismas por orden cronológico. Se deben detallar las actividades que el ejecutor debe cumplir para lograr los resultados, productos del proyecto y/o alcanzar los objetivos. Usualmente es necesaria más de una actividad para alcanzar cada objetivo específico. Se deben señalar solo aquellas que son sustantivas (máximo tres actividades por cada objetivo específico). Para lograr ese número, es posible que deba agrupar tareas o actividades afines bajo una única categoría. Además, deben marcarse los casilleros correspondientes al mes durante el cual se desarrollará la actividad.

Si es una actividad puntual, de uno o pocos días de duración, igual deberá marcarse el mes, ya que lo importante es establecer el momento aproximado de ejecución de la actividad y su relación con otras acciones del proyecto:

XIV.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Fecha de Inicio Estimada Día: Mes: Año

Fecha de Finalización Estima

Da: Día: Mes: Año

El calendario presenta doce (12) números romanos que consignan los meses del año de ejecución del proyecto, aunque puede haber proyectos que tengan una duración menor. Estos números no necesariamente coinciden con fechas reales.

El casillero I corresponde al mes de inicio de la ejecución de las actividades del proyecto, por lo tanto, el mes I implica el primer mes de ejecución. Si el convenio se firmara el 1° de Marzo, el mes I sería marzo para ese proyecto. El tiempo de ejecución de las actividades debe indicarse con cruces, donde una x (minúscula) corresponde a 1 semana de ejecución.

Cabe aclarar que, si bien los meses figuran en números romanos, deben tenerse en cuenta las particularidades del calendario real al momento de la formulación del proyecto (ej. estaciones climáticas, período escolar, etc.). De ser necesario, será revisado y adaptado a fechas reales previo a la firma del convenio.

Los resultados esperados deben especificar qué es lo que se espera lograr con las actividades planteadas y sirven para verificar el cumplimiento de las actividades en cantidad, calidad y tiempo adecuados.

XVI.- PRESUPUESTO SEGÚN RUBROS DETALLADOS A FINANCIAR POR EL GOBIERNO PROVINCIAL:

Se deben detallar los gastos que se requieren para cada etapa, en función de las actividades planificadas. En el punto anterior, las actividades estaban ordenadas acorde a los objetivos, mientras que en este punto el orden de las actividades será cronológico.

- Actividades: las actividades deben listarse cronológicamente por etapa según sus números, las cuales deben ser exactamente las mismas (número y descripción) que las planteadas en el cronograma de actividades.
- Rubro: debe aclararse si se trata de bienes, equipamiento, insumos, capacitación, honorarios, viáticos o movilidad.
- Descripción del recurso: corresponde a la identificación del mismo y varía según los rubros (ver ejemplo), explica qué tipo de gasto se va a realizar.
- Cantidad: implica el número de unidad de medida correspondiente al recurso.
- Importe total. Monto en pesos que se pagará por el total de unidades. Debe ser el resultado de multiplicar el importe unitario por la cantidad. Al final de cada etapa, en los subtotales de las mismas, deben figurar los totales en pesos de todos los rubros solicitados para cada etapa. Los subtotales de las etapas definirán además los desembolsos a otorgar por el Programa.

XVII.- MONTO TOTAL DEL PROYECTO MUNICIPAL

Se consignarán los montos totales solicitados al programa, que surgen del presupuesto presentado, los montos aportados por el Municipio, otros aportes del Ministerio de Salud y si hubiera, los aportados por otras fuentes o instituciones.

Los aportes del Municipio no deben considerarse como otra fuente, pero deberán incluirse como monto aportados por el Municipio. En el caso de haber aportes de otras fuentes, deberán listarse las mismas en el espacio correspondiente debajo de la tabla. Este apartado es una ayuda para identificar las fuentes de gastos que serán considerados aportes de la entidad y no serán financiados por el programa. Debe considerarse que los montos propios aportados por el Municipio no deben ser inferiores al 20% del monto total del proyecto. Este porcentaje puede

estar constituido por diversos rubros no elegibles, que de todas formas el programa, no puede financiar, o por aportes que el Municipio está dispuesto a financiar o asumir. A modo de ejemplo, en el formulario se listan algunos rubros “no elegibles”, aunque pueden incluirse otros. La Entidad puede además asumir otros gastos, que correspondan a la ejecución general del Proyecto (ej. aporte en personal), o a actividades específicas del mismo. En este último caso, deberá consignarse el n° de actividad correspondiente al gasto. En todos los casos, los gastos deben ser calculados en proporción al tiempo, lugar, etc. que demanda el proyecto.

XVIII.- FECHAS Y FIRMAS: Consignar fecha de presentación del Proyecto (día, mes, año). Y deben firmar el RPM y el Intendente del Municipio, con aclaración de nombre y apellido completo e indicación de N° de Documento Nacional de Identidad.

Anexo IV - Modelo de Convenio para la Descentralización de la Gestión en la Atención Primaria de la Salud

Entre el Gobierno de la Provincia de Misiones, en adelante LA PROVINCIA, representado en este acto por y el Municipio de en adelante EL MUNICIPIO, representado en este acto por, acuerdan en celebrar el presente convenio para la ejecución del Programa de Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la Salud, en adelante EL PROGRAMA, el que se regirá según las siguientes cláusulas:

Primera - Objeto

LA PROVINCIA Y EL MUNICIPIO acuerdan desarrollar acciones conjuntas para fortalecer los procesos de cogestión y corresponsabilidad social de la salud en general y en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios de salud en particular, por medio de la realización de acciones de promoción y prevención en salud y de detección de enfermedades a través de los distintos programas sanitarios provinciales y nacionales, vigentes y/o a implementarse en el futuro, con el fin de lograr una atención primaria de la salud con mayores grados de eficacia, eficiencia, efectividad y equidad en la población de la localidad de-

Segunda - Normas Generales:

EL PROGRAMA será elaborado en base al Proyecto Municipal para el Fortalecimiento de la APS elaborado por EL MUNICIPIO, el que deberá ser evaluado y aprobado por la PROVINCIA para el inicio de la transferencia de recursos provinciales, cuyos principales ejes de acción son los siguientes:

1. Vigilancia en salud local
2. Recolección, procesamiento y análisis local de información sanitaria básica; censo de población del municipio por sexo y edad y cobertura de salud; manejo de indicadores sanitarios y socio-económicos locales. Identificación de problemas de salud locales, personas y grupos en riesgo.
3. Saneamiento básico del medio ambiente y provisión de servicios sanitarios esenciales (agua potable, disposición de basuras y tratamiento de excretas).

4. Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, fiebre amarilla, paludismo, chulas, leishmaniasis y otras).
5. Prevención y control de enfermedades transmitidas a través de los alimentos (cursos para manipuladores de alimentos, controles bromatológicos, cumplimiento de las normas del código alimentario, etc.).
6. Formación y capacitación de promotores y agentes comunitarios de salud.
7. Acciones de apoyo a las actividades de Atención Primaria de la Salud:
 - a) transporte de personal profesional, técnico y auxiliar;
 - b) provisión de combustibles y lubricantes y reparaciones de móviles sanitarios;
 - c) adquisición de medicamentos básicos e insumos varios (descartables, material de curaciones, útiles de oficina y limpieza).
8. Contratación temporaria de profesionales y técnicos de salud para cubrir servicios de atención que requieran ser fortalecidos.
9. Mantenimiento de edificio e instalaciones, reparaciones y reposición de equipamiento e instrumental médico quirúrgico en los centros de atención primaria de la salud (CAPS).
10. Planeamiento, organización y ejecución de eventos comunitarios en salud: jornadas y charlas comunitarias orientadas a temas prioritarios en salud tales como salud materno infantil, nutrición, salud sexual y procreación responsable, prevención y control de factores de riesgo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, saneamiento domiciliario y cuidado del medio ambiente, etc.
11. Aprestamiento comunitario para la prevención y control de situaciones de emergencia y catástrofes y apoyo al sistema de derivaciones y traslados de pacientes.
12. Planes o proyectos locales vinculados al mejoramiento de la calidad de vida y de los niveles de salud.
13. Acciones de promoción, prevención y asistencia curativa en las patologías prevalentes y priorizadas en el municipio.

La relación entre las partes es normada por el presente convenio, que contiene las normas generales a las cuales deberán atenerse las partes intervinientes, reservándose la PROVINCIA el derecho de introducir modificaciones en el mismo,

siempre que las mismas no representen cambios sustanciales a los términos del presente documento. Dichas modificaciones deberán ser comunicadas fehacientemente al MUNICIPIO para entrar en vigencia.

Tercera - Normas Específicas. Indicadores Sanitarios

El Proyecto Municipal para el Fortalecimiento de la APS será formulado cumplimentando las pautas y criterios establecidos en un Formulario Tipo y las normas generales establecidas en la cláusula segunda. Dicho Proyecto deberá ser aprobado por la Unidad Coordinadora que funcionará en el ámbito del Ministerio de Salud Pública de la Provincia. El cumplimiento de las actividades definidas en el Proyecto serán evaluadas, monitoreadas y supervisadas en todos sus procesos por la Coordinación Operativa de la Unidad Coordinadora, que instrumentará visitas periódicas con participación directa del Jefe de Área y/o Director de la Zona de Salud correspondiente y los cuadros técnicos- profesionales del nivel central Ministerio de Salud Pública. En los informes de seguimiento y evaluación parcial o final se tomarán como referencia los indicadores sanitarios definidos por el Ministerio y que se adjuntan como Anexo I al presente convenio.

Cuarta - Transferencias de Recursos

La PROVINCIA transferirá al MUNICIPIO de la suma de \$ para la gestión del Proyecto Municipal para el Fortalecimiento de la APS elaborado por el MUNICIPIO y evaluado favorablemente por la Unidad Coordinadora del PROGRAMA. La transferencia se calculará conforme lo autoriza el Artículo 22 de la Ley de Presupuesto para la Administración Pública Provincial N° 4397.

A los efectos de hacer efectivas las transferencias, será requisito indispensable que la Unidad Coordinadora apruebe el informe parcial sobre el cumplimiento de las actividades del PROGRAMA. Si los resultados de dicho informe son negativos, la Unidad Coordinadora podrá solicitar a la PROVINCIA la suspensión de las transferencias de recursos provinciales y la subsanación de los incumplimientos o irregularidades al MUNICIPIO. La aprobación del informe final habilitará al

MUNICIPIO a presentar un nuevo Proyecto Municipal para el Fortalecimiento de la APS.

Quinta - Obligaciones del Municipio

En virtud del PROGRAMA, el MUNICIPIO se obliga a:

1. Cumplimentar con los indicadores sanitarios que figuran como ANEXO I del presente convenio
2. Respetar todas las políticas sanitarias que se implementen por la PROVINCIA para la atención primaria de la salud.
3. Remitir a la PROVINCIA los informes que esta disponga.
4. Garantizar el libre acceso y provisión de la documentación a los profesionales y auditores de la PROVINCIA, a fin de supervisar, monitorear y auditar el funcionamiento del PROGRAMA.
5. Abrir y mantener una cuenta bancaria al sólo efecto de ser utilizada bajo las normas del PROGRAMA y notificar fehacientemente a LA PROVINCIA su apertura, consignando el nombre de la Entidad Bancaria, firmas autorizadas y Tipo y Número de Cuenta. La Cuenta del MUNICIPIO deberá permitir el mantenimiento de su saldo al final de un ejercicio para ser utilizado en el siguiente.
6. Destinar los recursos financieros mencionados en la cláusula cuarta al pago de los rubros presupuestados para cumplir con las actividades definidas en el Proyecto Municipal para el Fortalecimiento de la APS.
7. Cumplimentar con la rendición de los fondos transferidos por la PROVINCIA de acuerdo con lo establecido en la Ley N° 2303.

Sexta - Obligaciones de la Provincia

En virtud del PROGRAMA, la PROVINCIA se obliga a:

1. Transferir al MUNICIPIO de la suma de \$, calculada en la forma establecida en la cláusula cuarta.
2. Brindar al MUNICIPIO a través de la Unidad de Coordinación Operativa que funciona en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, toda la información estadística, sanitaria y epidemiológica y la asistencia técnica necesaria para

definición de prioridades, planificación, formulación, ejecución y elaboración de informes parciales del Proyecto Municipal para el Fortalecimiento de la APS.

Séptima - Duración

La duración del presente convenio será de Un (1) año a partir de su firma y aprobación.

Octava - Resolución de Conflictos

Las partes acuerdan que en caso de discrepancias o conflictos, agotarán todas las instancias para la solución amigable de los mismos. En tal sentido, aceptan que el Subsecretario de Salud y/o el Ministro Secretario de Salud Pública actúen en estos casos como buenos componedores. Para el supuesto de no arribar a una solución del conflicto, como última instancia las partes se someten a la decisión del Gobernador de la Provincia de Misiones.

Novena - Rescisión

Cualquiera de las partes se reserva la facultad de rescindir el presente convenio en cualquier momento debiendo comunicar fehacientemente a la otra parte su decisión con una antelación no menor a los treinta (30) días.

Décima - Conformidad

Las partes intervinientes declaran su conformidad con lo anteriormente convenido, obligándose a su estricto cumplimiento, firmando en constancia sus representantes legales en la ciudad de Posadas, a los..... días del mes de... del año.....

Anexo V - Decreto 1089 Metodología de Transferencia de Aporte y Decreto 1131 Régimen de Discriminación Positiva

Por Decreto 1089,²⁴⁷ de fecha 14 de julio de 2008, se determina la metodología a seguir en materia de transferencia del Aporte establecido por el Artículo 22° de la Ley 4397 y de las rendiciones de cuentas del Municipio.

Se establece que la Secretaría de Estado de Hacienda, Finanzas, Obras y Servicios Públicos, transferirá a los Municipios los Fondos asignados.

El Ministerio de Salud Pública informará al Ministerio de Hacienda, Finanzas, Obras y Servicios Públicos, los Municipios adheridos y que han cumplimentado satisfactoriamente los requisitos establecidos en el Decreto N° 071/08, monto mensual a transferirse, que no deberá superar el resultante de la asignación de \$ 1 por mes y por habitante del Municipio beneficiario, conforme a datos del último Censo, suministrado por la Dirección General de Estadísticas y Censos de la Provincia y Número y Monto del Pedido de Fondo efectuado a la Tesorería General por el Servicio Administrativo de Salud Pública.

Mensualmente el Tesoro le proveerá los montos necesarios al Servicio Administrativo de Salud Pública, para que mediante transferencia bancaria, se deposite en la cuenta del Municipio. Éste rendirá cuenta de su gestión, con el comprobante respaldatorio de la transferencia de los fondos al Municipio. Los Municipios Adheridos ingresarán a su Presupuesto como Cuenta Especial Artículo 22° Ley 4397 los fondos que reciban y rendirán cuenta de la inversión al Tribunal de Cuentas de la Provincia en las mismas condiciones que para las rendiciones de las Cuentas propias del Municipio.

Por medio del Decreto 1131,²⁴⁸ de fecha 4 de agosto de 2009, se modifica el Decreto 071/08, implementando un mecanismo de discriminación positiva.

Se aprueba el mecanismo de distribución positiva por el cual se asignará un monto mínimo de \$2.500 mensuales para aquellos municipios que posean menos de 2.500 habitantes según los datos oficiales del Censo de la Provincia de Misiones.

²⁴⁷ GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2008c). *Modificación Decreto N° 71/08. Transferencia a los Municipios de los Fondos asignados*. Boletín Oficial N° 12315, Julio 2008, pág. 5.

²⁴⁸ GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2009). *Modificación Decreto N° 71/08. Anexo I. Régimen de discriminación positiva*. Boletín Oficial N° 12569, Agosto 2009, pág. 3.

Que incluye a: Tres Capones, Cerro Corá, Loreto, Mártires, Profundidad, Fachinal, Santa María, Santiago de Liniers, Olegario Víctor Andrade, Almafuerte, Caá – Yarí, Gobernador López, Puerto Leoni, General Alvear, San Martín, General Urquiza, Colonia Polana, Florentino Ameghino y Mojón Grande. También aprueba el mecanismo de promoción e incentivo a la asociatividad y regionalización de los Proyectos para el Fortalecimiento de la APS.

Se promueve la asociatividad y regionalización para la ejecución conjunta de Proyectos para el Fortalecimiento de la APS, en el Marco del Programa de Descentralización de la gestión Primaria, para aquellos Municipios que:

- a. Posean menos de 2.500 habitantes;
- b. Posean una relación geográfica de proximidad lindante;
- c. Demuestren fehacientemente poseer similares situaciones sanitarias a fortalecer y en función de lo cual subscriben a la asociatividad;
- d. Firmen el Modelo convenio de Micro-región y/o alianza Inter-local, según modelo a establecerse y que fijará los derechos y obligaciones;
- e. Presenten el Proyecto para el Fortalecimiento de la APS de Modo conjunto, según modelo a establecerse;
- f. El mismo se regirá en todos los términos según se establece en el marco general del Programa de Descentralización de la Gestión para la APS;

Para los Proyectos presentados por Municipios que cumplan con lo antedicho y en función del cumplimiento de los mismos, se prevé el estímulo económico de entre un 10 y un 20% en relación al monto total a ser destinado a lo largo de un año por el Gobierno de la Provincia; el Poder Ejecutivo, al aprobar cada Proyecto, deberá determinar con que créditos serán atendidos las mayores erogaciones que sean consecuencia del presente régimen de estímulo a la asociatividad.

Anexo VI - Reasignación de Partidas entre Rubros Presupuestados

El Municipio podrá, en función de cumplimentar con los objetivos del Proyecto y contemplando las contingencias sanitarias y los reajustes que se corresponden con el modelo de Planificación Estratégica, llevar a cabo una reasignación de partidas entre rubros presupuestados²⁴⁹ en el proyecto siempre y cuando:

- a. Se presente a la Coordinación Operativa del Programa los fundamentos técnicos y financieros que fundamentan la necesidad de llevar a cabo la reasignación, junto con el detalle de las mismas;
- b. La Coordinación Operativa apruebe la solicitud presentada;
- c. La reasignación se realice entre rubros que ya han sido establecidos en el proyecto y no impliquen la incorporación de nuevos rubros y o la modificación de los términos de los ya existentes;
- d. Dicha reasignación no sea superior al 15% del valor total del rubro presupuestado;
- e. Dicha reasignación no afecte el cumplimiento de los resultados esperados y los objetivos buscados por los cuales se define la existencia de dicho rubro.

²⁴⁹ GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2009). *Modificación Decreto N° 71/08. Anexo III. Reasignación de Partidas entre Rubros Presupuestados*. Boletín Oficial N° 12569, Agosto 2009, pág. 4.

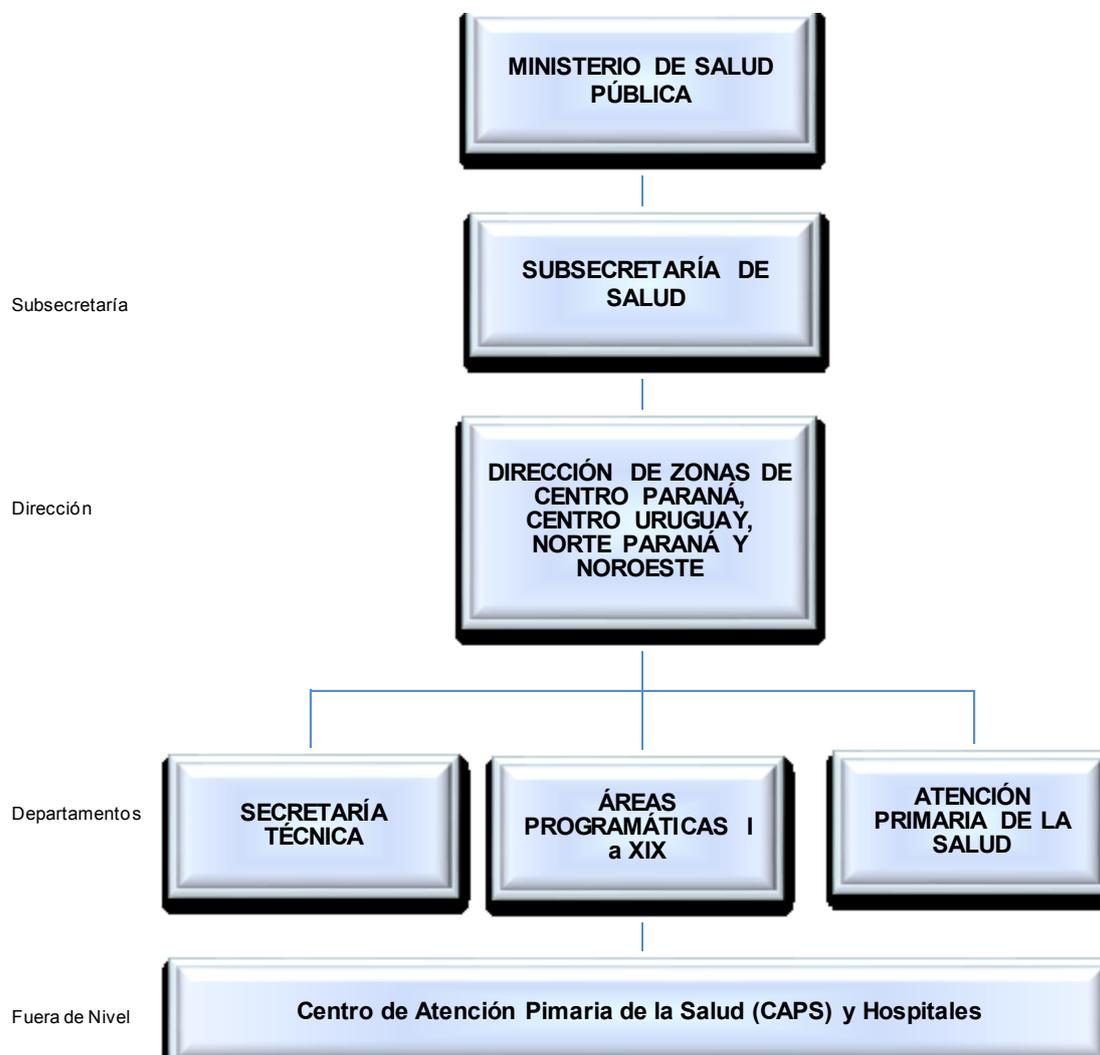
Anexo VII - Prórroga de los Convenios Subscriptos entre el Gobierno de la Provincia y el Municipio

Los Convenios subscriptos entre el Gobierno de la Provincia y el Municipio, para la Implementación del Proyecto de Fortalecimiento de la APS, en el marco del Programa de Descentralización de la gestión para la APS, podrán ser prorrogados por un lapso no mayor a seis (6) meses²⁵⁰, cuando:

- a. El Municipio que solicite la prórroga presente a la Coordinación Operativa:
 - a.1. Los fundamentos técnicos y administrativos que dan sustento a la petición y el tiempo de la prórroga solicitada, tiempo que no podrá ser superior a los seis (6) meses.
 - a.2. El estado de situación a los doce meses de ejecución del proyecto, con relación al cumplimiento de actividades, metas y objetivos;
 - a.3. Un plan de acción y metas a cumplimentar en el período correspondiente a la prórroga solicitada, el cual deberá ser coherente con el marco general del proyecto;
- b. La presentación sea evaluada por la Coordinación Operativa y aprobada por la Unidad Coordinadora

²⁵⁰ GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2009). *Modificación Decreto N° 71/08. Anexo IV. Prórroga de los Convenios subscriptos entre el Gobierno de la Provincia y el Municipio*. Boletín Oficial N° 12569, Agosto 2009, pág. 4.

Anexo VIII - Provincia de Misiones Reestructuración Zonas de Salud y Áreas Programáticas Organigrama



Fuente: Anexo I. Reestructuración Zonas de Salud y Áreas Programáticas. Ministerio de Salud Pública. Decreto 97/08. Gobierno de la Provincia de Misiones. Boletín Oficial N° 12232, Marzo 2008, pág. 3

Anexo IX - Provincia de Misiones Zonas de Salud y Áreas Programáticas

Zona de Salud	Área Programática	Localidad	Nombre del Servicio
Capital	I	Posadas	Hospital Central Provincial Nivel III "Dr. Ramón Madariaga" Hospital Provincial de Pediatría Nivel III "Dr. Fernando Hospital Nivel I "Dr. Rene Favalaro" Hospital Nivel I de Rehabilitación de Salud Mental "Dr. Ramón Hospital Nivel I de Enfermedades Transmisibles "Dr. Pedro L. Unidad Geriátrica de Villa Lanús Centro de Atención Primaria de Salud N° 1 "San Miguel" Centro de Atención Primaria de Salud N° 2 "Tiro Federal" Centro de Atención Primaria de Salud N° 3 "Chacra 181" Centro de Atención Primaria de Salud N° 4 "La Picada" Centro de Atención Primaria de Salud N° 5 "Yacyretá" Centro de Atención Primaria de Salud N° 6" Villa Blossett" Centro de Atención Primaria de Salud N° 7 "Sesquicentenario" Centro de Atención Primaria de Salud N° 8 " Rocamora" Centro de Atención Primaria de Salud N° 9 "San Alberto" Centro de Atención Primaria de Salud N° 11 " Cecilia Centro de Atención Primaria de Salud N° 12 "Villa Flor" Centro de Atención Primaria de Salud N° 13 "Villa Lanús" Centro de Atención Primaria de Salud N° 15 "Alta Gracia" Centro de Atención Primaria de Salud N° 16 "Santa Rita" Centro de Atención Primaria de Salud N° 17 "El Zaimán" Centro de Atención Primaria de Salud N° 21 "Barrio Centro de Atención Primaria de Salud N° 22 "Dr. Ramón Centro de Atención Primaria de Salud N° 23 "San Lorenzo A 4" Centro de Atención Primaria de Salud N° 25 Sur Argentino Centro de Atención Primaria de Salud N° 26 "Loma Po" Centro de Atención Primaria de Salud N° 27 "1° de Mayo" Centro de Atención Primaria de Salud N° 28 "B° Tacurú" Centro de Atención Primaria de Salud N° 29 32-33 Centro de Atención Primaria de Salud N° 30 "Nemesio Parma" Centro de Atención Primaria de Salud N° 32 " Itaembé Mini" Centro de Atención Primaria de Salud "San Isidro" Centro de Atención Primaria de Salud "San Benito"
		Garupá	Hospital Nivel II "Nuestra Sra. De Fátima" Centro de Atención Primaria de Salud N° 10 "Garupál" Centro de Atención Primaria de Salud N° 18 "Santa Inés" Centro de Atención Primaria de Salud N° 19 "Dos Santiago" Centro de Atención Primaria de Salud N° 20 "Ñu Porá"

Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la
Salud en la Provincia de Misiones. Modelo de Salud Municipal

Continuación

Zona de Salud	Área Programática	Localidad	Nombre del Servicio
Sur	II	Concepción De la Sierra	Hospital Nivel I "Concepción de la Sierra"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Puerto Concepción"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Santa Rita"
			Centro de Atención Primaria de Salud "El Palomar"
		Santa María	Centro de Atención Primaria de Salud "San Isidro"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Caáguazú"
			Centro de Atención Primaria de Salud "San Juan de La Sierra"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Santa María"
	III	Apóstoles	Centro de Atención Primaria de Salud "Cascabel"
			Centro de Atención Primaria de Salud "La Corita"
			Hospital Nivel II "Apóstoles"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Estación Apóstoles"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Santa Bárbara"
		Centro de Atención Primaria de Salud "B° 25 de Marzo"	
Azara	Centro de Atención Primaria de Salud "Apostoles"		
	Centro de Atención Primaria de Salud "Barrio Rural"		
San José	Azara	Hospital Nivel I "Azara"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Puerto Azara"	
Tres Capones		Centro de Atención Primaria de Salud "Las Tunas"	
		Hospital Nivel I "San José"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Pindapoy"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Tres Capones"	

Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la
Salud en la Provincia de Misiones. Modelo de Salud Municipal

Continuación

IV	San Javier	Hospital Nivel I " San Javier"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Los Galpones"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Rincón Guerrero"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Niño Jesús"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Santa Irene"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Rincón López"
	Itacaruaré	Centro de Atención Primaria de Salud "La Arrocera"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Itacaruaré"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Invernada"
	Mojón Grande	Centro de Atención Primaria de Salud "Mojón Grande"
V	Leandro N. Alem	Hospital Nivel II Leandro N. Alem "Dr. Fernando Alegre"
		Centro de Atención Primaria de Salud "El Chatón"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Km. 38"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Lopaczek"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Sagrada Familia"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Caa – Poty"
	Bonpland	Hospital Nivel I " Bonpland"
	Almafuerte	Centro de Atención Primaria de Salud "Almafuerte"
	Arroyo del Medio	Centro de Atención Primaria de Salud "Arroyo del Medio"
	Caa-Yarí	Centro de Atención Primaria de Salud "Caá - Yarí"
	Dos Arroyos	Centro de Atención Primaria de Salud "Dos Arroyos"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Km. 26"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Santa Rosa"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Caaguazú"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Cerro López"
	Gobernador López	Centro de Atención Primaria de Salud Gdor. López
	Olegario V. Andrade	Centro de Atención Primaria de Salud "Olegario V. Andrade"
	Cerro Azul	Hospital Nivel I "Cerro Azul"

Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la
Salud en la Provincia de Misiones. Modelo de Salud Municipal

Continuación

Zona de Salud	Área Programática	Localidad	Nombre del Servicio
Centro Paraná	VI	Candelaria	Hospital Nivel 1 "Candelaria"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Candelaria"
			Centro de Atención Primaria de Salud "San Cayetano"
		Centro de Atención Primaria de Salud "San Alselmo"	
		Cerro Corá	Centro de Atención Primaria de Salud "Cerro Corá"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Bella Vista"	
		Fachinal	Centro de Atención Primaria de Salud "Centro"
	VII	San Ignacio	Hosp. Nivel I San Ignacio
			Centro de Atención Primaria de Salud "Domingo Savio"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia Isolina"
Centro de Atención Primaria de Salud "Villa Ema"			
Centro de Atención Primaria de Salud "San Agustín"			
Centro de Atención Primaria de Salud "Nueva Suiza"			
Centro de Atención Primaria de Salud Andresito			
Loreto			Centro de Atención Primaria de Salud "Loreto"
Santa Ana			Hospital Nivel I "Santa Ana"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Centro"
	Centro de Atención Primaria de Salud "Puerto Santa Ana"		
	Corpus	Hospital Nivel I "Corpus"	
	Gobernador Roca	Hospital Nivel I "Gobernador Roca"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Yacutinga"	
	Santo Pipó	Centro de Atención Primaria de Salud "Centro"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Tacuara"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "El Bonito"	
VIII	Jardín América	Hosp. Nivel II Jardín América "Todoyoski Kamada"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Oasis"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia Primavera"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Barrio Cantera"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Los Teales"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Barrio 162 Vivienda"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Juan Manuel de Rosas"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Timbocito"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Prosol"	
		Hipólito	Centro de Atención Primaria de Salud "Centro"
		Irigoyen	Centro de Atención Primaria de Salud "Helvecia"
		Colonia	Centro de Atención Primaria de Salud "Centro"
		Polana	Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia Gisela"
		General Urquiza	Centro de Atención Primaria de Salud "General Urquiza"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Francés"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Barrio Industrial"
		Puerto Leoni	Centro de Atención Primaria de Salud "Centro"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Flora"

Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la
Salud en la Provincia de Misiones. Modelo de Salud Municipal

Continuación

IX	Puerto Rico	Hospital Nivel II "Puerto Rico"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Oro Verde" Centro de Atención Primaria de Salud "San Alberto" Centro de Atención Primaria de Salud "Mbopicua" Centro de Atención Primaria de Salud "San Pantaleón" Centro de Atención Primaria de Salud "San Antonio"
	Capioví	Hospital Nivel II "Capioví"
		Centro de Atención Primaria de Salud "El Pocito" Centro de Atención Primaria de Salud "Villa Ackerman" Centro de Atención Primaria de Salud "San Gotardo" Centro de Atención Primaria de Salud Loteo Rural "Capiovicito"
	Garuhapé	Centro de Atención Primaria de Salud "Garuaphé" Centro de Atención Primaria de Salud "Garuaphé-mí" Centro de Atención Primaria de Salud "El Ombú"
	Ruiz de Montoya	Centro de Atención Primaria de Salud "Centro" Centro de Atención Primaria de Salud "Bello Horizonte"

Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la
Salud en la Provincia de Misiones. Modelo de Salud Municipal

Continuación

Zona de Salud	Área Programática	Localidad	Nombre del Servicio
Centro Uruguay	X	Oberá	Hospital Nivel III Oberá
			Centro de Atención Primaria de Salud "San Miguel"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Sargento Cabral"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Tres Esquinas"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Cien Hectáreas"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Villa Blanquita"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Yerbal Viejo km. 8"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Villa Falk"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Caballeriza"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Villa Torneus"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Bella Vista"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Pueblo Salto"	
		Mártires	Centro de Atención Primaria de Salud "Mártires"
		Campo Ramón	Hospital Nivel I "Campo Ramón"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia Paraíso"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Sección IX"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Sección IV"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Villa Bonita"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Guaraypo"	
		Campo Viera	Hospital Nivel I Campo Viera
			Centro de Atención Primaria de Salud "Julio V. Martín"
		Colonia Alberdi	Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia Alberdi"
			Centro de Atención Primaria de Salud "El Chapa"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Picaza"
		General	Centro de Atención Primaria de Salud "General Alvear"
		Guaraní	Centro de Atención Primaria de Salud "Yapeyú Centro"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Villa Industrial"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Guaraní"
		Los Helechos	Centro de Atención Primaria de Salud "Los Helechos"
Centro de Atención Primaria de Salud "Bayo Tronco"			
Centro de Atención Primaria de Salud "Tamandú"			
Panambí	Hospital Nivel I "Puerto Panambí"		
	Centro de Atención Primaria de Salud "Panambí Km. 8"		
San Martín	Centro de Atención Primaria de Salud "San Martín"		
Florentino Ameghino	Centro de Atención Primaria de Salud "Florentino Ameghino"		
	Centro de Atención Primaria de Salud "Puerto Rosario"		
	Centro de Atención Primaria de Salud "Resingüero"		

Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la
Salud en la Provincia de Misiones. Modelo de Salud Municipal

Continuación

XI	Alba Posse	Hospital Nivel I "Alba Posse"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Barra Bonita" Centro de Atención Primaria de Salud "Santa Rita" Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia Acaraguá" Centro de Atención Primaria de Salud "San Francisco de Asis" Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia Barrerito" Centro de Atención Primaria de Salud "9 de Julio" Centro de Atención Primaria de Salud "Barra Machado"
	Colonia Aurora	Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia Aurora" Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia Alicia" Centro de Atención Primaria de Salud "El Saltiño" Centro de Atención Primaria de Salud "Virgen Aparecida" Centro de Atención Primaria de Salud "Progreso" Centro de Atención Primaria de Salud "Km. 9" Centro de Atención Primaria de Salud "Paraje Barrerito"
	25 de Mayo	Hospital Nivel I "25 de Mayo"
		Centro de Atención Primaria de Salud "1° de Julio" Centro de Atención Primaria de Salud "Torta Quemada" Centro de Atención Primaria de Salud "May - Bau" Centro de Atención Primaria de Salud "San Juan Bautista" Centro de Atención Primaria de Salud "Paraje Primavera"
XII	Campo Grande	Hospital Nivel I "Campo Grande"
		Centro de Atención Primaria de Salud "1° de Mayo" Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia Florida"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Km. 17" Centro de Atención Primaria de Salud "Caa - Poty"
	Aristóbulo Del Valle	Hospital Nivel I "Aristobulo del Valle"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Salto Encantado" Centro de Atención Primaria de Salud "Salto Encantado 2" Centro de Atención Primaria de Salud "Cerro Moreno" Centro de Atención Primaria de Salud "Escuela 422" Centro de Atención Primaria de Salud "Paraje Saracura" Centro de Atención Primaria de Salud "Pindayti"
	Dos De Mayo	Hospital Nivel I Dos de Mayo
		Centro de Atención Primaria de Salud "Picada Indumar" Centro de Atención Primaria de Salud "Kilómetro 1244" Centro de Atención Primaria de Salud "Pueblo Illia" Centro de Atención Primaria de Salud "Bernardino Rivedavia" Centro de Atención Primaria de Salud "San Juan" Centro de Atención Primaria de Salud "El Saltito"

Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la
Salud en la Provincia de Misiones. Modelo de Salud Municipal

Continuación

Zona de Salud	Área Programática	Localidad	Nombre del Servicio
Norte Paraná	XIII	Montecarlo	Hospital Nivel I "Montecarlo"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Ita"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Guatambú"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Guaraypo"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Arroyo Isla"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Pasarella"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Arroyo Anta"
		Centro de Atención Primaria de Salud "San Lorenzo"	
		Caraguatay	Centro de Atención Primaria de Salud "Tarumá"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Caraguatay"
	Centro de Atención Primaria de Salud "Yaca – Póra"		
	El Alcázar	Centro de Atención Primaria de Salud "Eldoradito"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Peruti"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Urrutia"	
	XIV	Eldorado	Centro de Atención Primaria de Salud "El Alcázar"
			Hospital Nivel III "Eldorado"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Puerto Pinares"
			Centro de Atención Primaria de Salud "1° de Mayo"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Antiguo Centro"
			Centro de Atención Primaria de Salud "Iberia"
Centro de Atención Primaria de Salud "Ziegler"			
Centro de Atención Primaria de Salud "Somrau"			
Centro de Atención Primaria de Salud "Koch"			
Centro de Atención Primaria de Salud "Eldorado III Km. 10"			
Centro de Atención Primaria de Salud "Roulet"			
Centro de Atención Primaria de Salud "San Pablo y San Sarmiento"			
Centro de Atención Primaria de Salud "Caffetti"			
Centro de Atención Primaria de Salud "Florida"			
Centro de Atención Primaria de Salud "Belgrano"			
Centro de Atención Primaria de Salud "Km. 18"			
Centro de APS "Universitario Dr. Gardes"			
Centro de Atención Primaria de Salud "Lomas del Paraná"			
Centro de Atención Primaria de Salud "Oleaginosa"			
Puerto Piray	Hospital Nivel I Piray	Centro de Atención Primaria de Salud "Piray Km. 18"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Gallo Montaras"	
		Centro de Atención Primaria de Salud "Santa Teresa Km. 20"	
Colonia	Centro de Atención Primaria de Salud "Victoria Centro"		
Victoria	Centro de Atención Primaria de Salud "Pareha"		

Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la
Salud en la Provincia de Misiones. Modelo de Salud Municipal

Continuación

	Colonia Delicia	Hospital Nivel I "Padre Enrique" Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia Delicia Km. 4" Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia Delicia Km.15" Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia Delicia Km. 22" Centro de Atención Primaria de Salud "Cnia. Delicia Km. 33" Centro de Atención Primaria de Salud "Y – Siry"
	9 de Julio	Centro de Atención Primaria de Salud "9 de Julio Km. 20" Centro de Atención Primaria de Salud "9 de Julio Km. 28" Centro de Atención Primaria de Salud "Imho" Centro de Atención Primaria de Salud "Konopacki"
	Santiago de Liniers	Centro de APS "Santiago de Liniers Km. 36" Centro de APS "Santiago de Liniers Km. 48" Centro de APS "Santiago de Liniers Km. 29" Centro de Atención Primaria de Salud "Mattes"
XV	Puerto Iguazú	Hospital Nivel II Iguazú "Dra. Marta Schwartz" Centro de Atención Primaria de Salud "Barrio Hermoso" Centro de Atención Primaria de Salud "Villa Belén" Centro de Atención Primaria de Salud "Barrio Obrero" Centro de Atención Primaria de Salud "2000 Héctareas" Centro de Atención Primaria de Salud "Villa Alta" Centro de Atención Primaria de Salud "Fortín Mbororé" Centro de Atención Primaria de Salud "Centro" Centro de Atención Primaria de Salud "Yriapú" Centro de Atención Primaria de Salud "Santa Rosa" Centro de Atención Primaria de Salud "Barrio 300 Viviendas"
XVI	Esperanza	Hospital Nivel I "Puerto Esperanza" Centro de Atención Primaria de Salud "Esperanza Km. 1" Centro de Atención Primaria de Salud "Nueva Esperanza" Centro de Atención Primaria de Salud "Barrio Alegre" Centro de Atención Primaria de Salud "Aguaraí Guazu" Centro de Atención Primaria de Salud "Helvecia" Centro de Atención Primaria de Salud "8 de Diciembre" Centro de Atención Primaria de Salud "Arroyito" Centro de Atención Primaria de Salud "Centro"
	Colonia Wanda	Centro de Atención Primaria de Salud "Centro" Centro de Atención Primaria de Salud "Guayabi Poty" Centro de Atención Primaria de Salud "Puerto Wanda" Centro de Atención Primaria de Salud "Amanecer I" Centro de Atención Primaria de Salud "Amanecer II" Centro de Atención Primaria de Salud "Barrio Tirica"
	Puerto Libertad	Hospital Nivel I "Puerto Libertad" Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia Guapoy"

Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la
Salud en la Provincia de Misiones. Modelo de Salud Municipal

Continuación

Zona de Salud	Área Programática	Localidad	Nombre del Servicio	
Noroeste XVII	Bernardo de Irigoyen		Hospital Nivel I "Bernardo de Irigoyen"	
			Centro de Atención Primaria de Salud "Dos Hermanas"	
			Centro de Atención Primaria de Salud " Campiñas de América"	
			Centro de Atención Primaria de Salud " Gramado"	
			Centro de Atención Primaria de Salud "Barrio Terminal"	
			Centro de Atención Primaria de Salud "Piray Mini"	
			Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia La Inter"	
			Centro de Atención Primaria de Salud " Telina"	
	Centro de Atención Primaria de Salud "San Roque"			
	San Antonio			Centro de Atención Primaria de Salud "Km. 130"
				Centro de Atención Primaria de Salud "Piñalito Norte"
				Centro de Atención Primaria de Salud "Tres María"
				Centro de Atención Primaria de Salud "San Roque"
	Comandante Andrés Guacurarí			Hospital Nivel I "Almirante Brown"
				Centro de Atención Primaria de Salud "Cabureí"
				Centro de Atención Primaria de Salud "Deseado"
				Centro de Atención Primaria de Salud "Integración"
				Centro de Atención Primaria de Salud "María Soledad"
				Centro de Atención Primaria de Salud "Puerto"
				Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia Kahuy Pora"
XVIII	San Pedro		Hosp Nivel I "San Pedro"	
			Centro de Atención Primaria de Salud "Tobuna"	
			Centro de Atención Primaria de Salud "Pozo Azul"	
			Centro de Atención Primaria de Salud "Paraíso"	
			Centro de Atención Primaria de Salud "Cruce Caballero"	
			Centro de Atención Primaria de Salud "1308"	
			Centro de Atención Primaria de Salud "1311"	
			Centro de Atención Primaria de Salud "Alegría"	
			Centro de Atención Primaria de Salud "Alecrin" Aldea	
			Centro de Atención Primaria de Salud "Cristo Resucitado"	
			Centro de Atención Primaria de Salud "Guabyra Poty" Aldea	
			Centro de Atención Primaria de Salud "Tekoa Arandu"	

Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la
Salud en la Provincia de Misiones. Modelo de Salud Municipal

Continuación

XIX	El Soberbio	Hospital Nivel I "El Soberbio"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Monteagudo" Centro de Atención Primaria de Salud "Paraíso" Centro de Atención Primaria de Salud "Chafariz" Centro de Atención Primaria de Salud "Colonia Flor" Centro de Atención Primaria de Salud "Kilómetro 18"
	San Vicente	Hospital Nivel II "San Vicente"
		Centro de Atención Primaria de Salud "Cacique Fracrán" Centro de Atención Primaria de Salud "Ruta 212 Kilómetro 34" Centro de Atención Primaria de Salud "Ruta 212 Kilómetro 25" Centro de APS "Ruta 212- Km. 274- Monte Alto" Centro de Atención Primaria de Salud "San Isidro" Centro de Atención Primaria de Salud "Cruce Londero Alicia" Centro de Atención Primaria de Salud "1278" Centro de Atención Primaria de Salud "Ruta 212 Km 52" Centro de Atención Primaria de Salud "San Ramón"

Fuente: Anexo II. *Reestructuración Zonas de Salud y Áreas Programáticas*. Ministerio de Salud Pública. Decreto 97/08. Gobierno de la Provincia de Misiones. Boletín Oficial N° 12232, Marzo 2008, pág. 4

Anexo X - Municipalidad de la Ciudad de Posadas Estructura Orgánica

Gobierno. Conformada por cuatro Direcciones Generales cuyo ámbito de aplicación versa sobre Tránsito y Transporte, Control Comunal, Derechos Humanos y Asunto Jurídicos.

Hacienda. Se ocupa de la administración propiamente dicha, del sistema de información, del suministro de los elementos necesarios para el funcionamiento de la Municipalidad y de la registración contable. Para concretar estas acciones, cuenta con tres Direcciones Generales, de Administración y Desarrollo de Sistema; de Coordinación de Compras y Suministros de Bienes y Servicios y de Contaduría.

Planificación Estratégica y Territorial. Para dar cumplimiento a lo establecido en la Carta Orgánica respecto a establecer un Plan Estratégico para la ciudad de Posadas se cuenta con esta Secretaría, acompañada por la Dirección General de Planificación y Gestión Urbana.

Calidad de Vida. Cuenta con las Direcciones Generales de Salud, Control Alimentario y Medio Ambiente y Desarrollo Social.

Promoción del Desarrollo. Cuenta con tres Direcciones Generales, Gestión de Proyectos, Desarrollo Económico, Producción y Ferias Francas.

Obras Públicas. Para ejecutar el plan de obras establecido cuenta con una Dirección General de Obras Públicas.

Servicios Públicos. Tienden a satisfacer necesidades primordiales del orden local, se priorizan políticas de coordinación en la administración y operación de los servicios públicos, cuenta con una Dirección General.

Unidad de Coordinación y Control de Gestión. Cuenta con siete Delegaciones²⁵¹. Éstas tienen como función acercar la institución y sus servicios a la ciudadanía, busca un contacto más directo con los problemas y las necesidades de éstos. Las Delegaciones reciben las inquietudes de la población de cada zona, se localizan en los barrios de Villa Cabello, Santa Rita, Villa Urquiza, Itaembé Miní, Las Dolores, Villa Lanús y Chacra 32-33.

Educación, Ciencia y Tecnología. El Municipio auspicia el derecho a la educación, por lo que generará los medios para la educación permanente. Respecto

²⁵¹ MUNICIPALIDAD DE POSADAS. (2011a). *Secretarías*. Disponible en <http://www.posadas.gov.ar/delegaciones.php> Fecha de acceso: 12 de diciembre de 2011.

a la Ciencia y la tecnología lo reconoce como instrumentos adecuados para la promoción humana, el desarrollo sostenible y el mejoramiento de la calidad de vida, por lo que organizará y difundirá acciones de investigación, innovación y aplicación científica y tecnológica, en coordinación con Universidades e instituciones, asegurando la participación de la comunidad.

La Juventud y el Deporte. Se promueve espacios para prácticas deportivas, recreación e integración, concertará también con entidades intermedias (clubes y organizaciones comunitarias) convenios de inclusión que permitan el desarrollo físico, intelectual, económico y social.

Cultura y Turismo. El Municipio promueve todas las manifestaciones de la cultura, promueve planes y programas para el desarrollo de las actividades culturales y su difusión.

Anexo XI - Habilitación

Un CAPS Habilitado y Categorizado²⁵² es el establecimiento sanitario que cumple con los requisitos mínimos y suficientes establecidos en la presente resolución, considerando infraestructura, el recurso humano, equipamiento, documentación, organización funcional y gestión.

La Categorización de los Centros de Atención Primaria de la Salud responderá a los siguientes criterios y sus definiciones a saber:

CATEGORIZACIÓN	DENOMINACIÓN	ATENCIÓN MÍNIMA A CUMPLIMENTAR	SERVICIOS
A	CAPS Tipo A (Aquellos que cumplen con los requisitos mínimos de habilitación)	No menores de 15 hs. semanales de Atención Médica, 50 hs. Enfermería y/o Administrativo y/o Promotor capacitado	Atención Médica Básica; Enfermería; Prevención y Promoción de la Salud ; Farmacia
B	CAPS Tipo B	25 o más hs. Semanales de atención médica diurna. 75 o más hora de Enfermería y/o Administrativo y/o Promotor capacitado. Mínimo de hs. De Atención odontológica y acceso a estudios básicos de Laboratorio y otros estudios complementarios (el. Ecografía)	Atención Médica: Médico Generalista y/o Clínico, Pediatra, Tocoginecólogos u obstetra, Odontología; Enfermería, Sala de Extracción, Prevención y Promoción de la Salud, Farmacia
C	CAPS Tipo C	Atención Médica Continua y Laboratorio	Se une al Tipo B el servicio de Guardia, traslado y laboratorio

²⁵² GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2008e). *Resolución N° 865*. Ministerio de Salud Pública, Abril 2008.

Infraestructura, Servicios Generales y Equipamiento

Requerimiento mínimo de infraestructura:

- a. Un Consultorio (Requisito mínimo exigible para consultorios médicos. Según Anexo del Decreto 961/86)
- b. Un Sector de Vacunación (Normas mínimas para habilitación de Centros de Vacunación. Anexo I Resolución 313/03).
- c. Un Sector de Administración/admisión (superficie cubierta no inferior a 10 m² de acuerdo a “Prototipos de CAPS” recomendado por el Ministerio de Salud de la Dirección de Arquitectura e Infraestructura Hospitalaria).
- d. Un Depósito (no menos de 5 metros de superficie cubierta, con iluminación adecuada y seguridad para el resguardo de medicamento y otros insumos sanitarios) de acuerdo a “Prototipos de CAPS” recomendado por el Ministerio de Salud de la Dirección de Arquitectura e Infraestructura Hospitalaria.
- e. Un baño, adaptado para discapacitados (Requisito mínimo exigible para consultorios médicos. Sanitarios ítem 2.1.4. Según Anexo del Decreto 961/86)
- f. Una Sala de Espera (con un mínimo de 18 m² cubiertos, con iluminación y ventilación de acuerdo a normas, “Prototipos de CAPS” recomendado por el Ministerio de Salud de la Dirección de Arquitectura e Infraestructura Hospitalaria).

Servicios Generales Mínimos:

- a. Instalaciones eléctricas según normas vigentes.
- b. Instalaciones sanitarias (agua potable y excreta) adecuadas normas vigentes.
- c. Procedimientos de emergencia y contra incendio.
- d. Instalaciones para informática y telefonía (o sistema de telefonía móvil).

Equipamiento mínimo requerido por sector:

Kit Básico de Consultorio

1. Escritorio con cajón y llave y 3 sillas; 2. Fichero de mesa; 3. Balde sanitario con tapa; 4. Biombo; 5. Camilla de adulto; 6. Balanza de pie; 7. Balanza lactante; 8. Tallímetro, 9. Piedrómo, 10. Estetoscopio, 11. Tensiómetro; 12. Pantoscopio; 13. Caja de Sutura; 14. Pinard; 15. Fuente de ventilación, 16. Fuente de calor.

Kit Básico de Vacunatorio y Enfermería:

1. Escritorio con cajón y llave y 3 sillas; 2. Armario de estante con llave, 3. Heladera con termómetro, 4. Carro de curaciones; 5. Nebulizador, 6. Estufa de esterilización o equivalente, 7. Termómetro, 8. Fuente de ventilación, 9. Fuente de calos, 10. Biombo, 11. Tambor de acero, 12. Caja de curación.

Kit Administración/Admisión:

1. Mesa y Silla, 2. Fichero para archivo de historias clínicas y documentación, 3. Equipo informático, 4. Ventilador, 5. Armario con llave.

Sala de Espera:

1. Silla o bancos para 15 personas, 2. Ventilador, 3. Cartelera de Información al paciente.

Depósito:

1. Armario con llave, 2. Estantes, 3. Tarimas.

Anexo XII - Recursos Humanos y Documentación

Recursos Humanos Mínimo:

Se define el siguiente Recurso Humano Mínimo para un CAPS²⁵³ con una población bajo cobertura estimada en aproximadamente 1000 a 3000 habitantes y con capacidad para brindar una asistencia básica de 250 consultas mensuales, a saber:

- a. 15 hs. semanales de Atención Médica (Según Resolución Ministerial 208/96 del Ministerio de Salud de la Nación, en donde se definen las actividades médicas correspondientes a la APS).
- b. 50 hs. semanales de enfermería y/o administrativo y/o promotor capacitado (en cumplimiento con la Resolución 194/95 “Normas para los Servicios de Enfermería” del Ministerio de Salud de la Nación y Promotores capacitados según establece el Programa de Formación de Agentes Sanitarios, Decreto Provincial 220/08).
- c. 15 hs. semanales de limpieza y mantenimiento, cumplimentando con Normas de Higiene y Seguridad, Bioseguridad (Según se establece en la Ley 23.911 “Prevención de Riesgos Biológicos y Ley 19.578 Decreto 351/96 “Prevención de Riesgos Laborales”).

De la Documentación Mínima que debe poseer el CAPS

1. Historia Clínica
2. Fichero Cronológico
3. Libreta Sanitaria
4. Planillas (Programas Nacionales: Plan Nacer, Remediar, Dación de Alimento, Salud Sexual y Procreación Responsable, Inmunizaciones y Provinciales: RUSMI, Remediar Misionero, planillas de Vigilancia Epidemiológica –C2, de asistencia del personal)
5. Planilla de Consulta Diaria y Resúmenes correspondientes
6. Formularios (Referencia-contrarreferencia, otros)

²⁵³ GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2008e). *Resolución N° 865*. Ministerio de Salud Pública, Abril 2008.

7. Carnets (Vacunación, Perinatal, otros)
8. Registro de Personal, Certificación de Servicios y Documentación de Becarios y/o Pasantes
9. Material de Prevención y Promoción de la Salud
10. Cartelera pública de información general del funcionamiento del CAPS y otro de interés
11. Registros y/o planillas de enfermería
12. Inventarios

Anexo XIII - Resolución N° 865

POSADAS, 18 de abril de 2008

ANEXO III

Procedimiento General²⁵⁴

A. Requerimiento de documentación a presentar en el Ministerio de Salud Pública para habilitación, categorización y registro de Centro de Atención primaria de Salud (CAPS)

1. Espacio Físico (Croquis del CAPS)
2. Recursos Humanos (CV y documentación)
3. Equipamiento (Detalle del mismo)

B.

1. Las solicitudes y requisitos para habilitación de los CAPS se retiraran de la Subsecretaria de APySA
2. La documentación se inicia con la nota de pedido de habilitación (Formulario uno)
3. En la Subsecretaria se presenta la documentación y dejando constancia al interesado y se inicia el expediente correspondiente
4. Verificada la documentación se realiza el pase a la Dirección de Infraestructura Hospitalaria para verificación de la planta física
5. Efectuado las evoluciones vuelve a la Subsecretaria de APySA para el visado y pase a la dirección de Asuntos jurídico
6. Emitido el dictamen jurídico sobre la documentación presentada y el cumplimiento de normas se remite a la Subsecretaria de APySA
7. La Subsecretaria APySA, en caso de dictamen favorable instruye y ordena a la Dirección de Atención Primaria de Salud para la inspección, habilitación y categorización (Formulario dos, "Grilla de Evaluación de CAPS"), estas actuaciones se agregan al expediente y se envía a la Subsecretaria de APySA

²⁵⁴ GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2008e). *Resolución N° 865*. Ministerio de Salud Pública, Abril 2008.

8. La Subsecretaría de APySA confecciona la disposición y categorización del CAPS (Formulario III) y procede al registro del CAPS comunica a la Dirección de Atención primaria de Salud y notifica a la Interesado. Archiva las actuaciones.

Área	Actividad
Subsecretaría de APySA	Entrega Formulario de solicitudes de habilitación (Formulario Uno)
	Recibir la documentación
	Iniciar Expediente
	Entrega de constancia
Dirección de Arquitectura	Verificación de la Planta Física SI No(re evaluación)
Subsecretaria de APySA	
Dirección de Asuntos Jurídicos	Evaluar el documento
	Dictamen Jurídico SI No(re evaluación)
Subsecretaria de APySA	
Dirección de APS (Formulario dos)	Realizar inscripción si cumple con los requisitos y entrega el formulario 3 a la Subsecretaría de APySA
Subsecretaria de APySA	Disposición de habilitación y categorización
	Registro de CAPS
	Comunicación a la Dirección de APS
	Notificación a la Subsecretaría de Salud e interesado
	Archivo la documentación

Anexo XIV - FormulariosRESOLUCION N° 865²⁵⁵
2008

POSADAS, 18 de abril de

FORMULARIO I

Nota de pedido para la habilitación de CAPS

PROVINCIA DE MISIONES.

Posadas,.....

Sr Subsecretario de
Atención Primaria y Salud Ambiental
Ministerio de salud pública
S _____ / _____ DEl que suscribe Sr. /ade DNI N°: solicita a Ud.
y ante las autoridades tenga a bien considerar la habilitación del Centro de Atención
Primaria de la Salud en el barrio...../.....
Localidad...../.....paraje.....de la Ciudad...../Localidad.....
Dirección.....calle.....N°.....Se informa que se cuenta con los Recursos Mínimos y necesarios establecidos en la
Normativa vigente.

Teléfono Fijo:.....

Teléfono Celular:

Dirección de Correo Electrónico:

Atentamente

²⁵⁵ GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2008e). *Resolución N° 865*. Ministerio de Salud Pública, Abril 2008.

POSADAS, 18 de abril de 2008

RESOLUCION N° 865²⁵⁶

FORMULARIO II

Grilla de Evaluación y categorización de los CAPS

- 1- Nombre/ N° del CAPS: _____
- 2- Ubicación geográfica: _____
- 3- Localidad Departamento: _____
- 4- TELÉFONO /FAX: _____
- 5- Correo Electrónico: _____

6- Dependencia Administrativa (marque con una X)

Provincial	
Municipal	
Otra (aclare)	

7- Responsable del CAPS:

SI	Nombre y Apellido:
NO	

8- Horario de funcionamiento del CAPS: _____

9- Guardia Médica:

SI	Horario y Día de atención:
NO	

²⁵⁶ GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2008e). *Resolución N° 865*. Ministerio de Salud Pública, Abril 2008.

10- Características Constructivas - Cuenta con los siguientes servicios según

Norma):

	SI	NO
Cuenta con planos y construcción aprobada por autoridad competente		
Los pisos son resistentes al desgaste, lisos, antideslizantes, lavables, impermeables y de material ignífugo		
Las paredes son de superficies lavables lisas, sin molduras, aislantes y resistentes al fuego		
Los cielorrasos son de superficies lisas aislantes y resistentes al fuego		
Las aberturas poseen cerramientos efectivos		
Instalación eléctrica		
Instalación agua potable		
Instalación cloacal y/o excretas		
Cuenta con comunicación		
Radial		
Telefónica fija o móvil		
Informática (internet)		

11- Condiciones de Seguridad

	SI	NO
Procedimiento de emergencia y Contra incendio		

Servicios de atención y horarios de los mismos

Atención Médica

12- Medicina General

SI	Horario y Día de atención:
NO	

13- Gineco/obstetra

SI	Horario y Día de atención:
NO	

14- Partera

SI	Horario y Día de atención:
NO	

15- Pediatría

SI	Horario y Día de atención:
NO	

16- Otras Especialidades

Especialidades	Horario y Día de Atención

17- Médico Comunitario

SI	Horario y Día de atención:
NO	

18- Servicio de Salud Mental: (Psicólogo/Psiquiatra)

SI	Horario y Día de atención:
NO	

19- Servicio de Odontología: Odontólogo

SI	Horario y Día de atención:
NO	

20- Asistente Odontología

SI	Horario y Día de atención:
NO	

21- Servicio de Laboratorio

SI	Horario y Día de atención:
NO	

22- Bioquímico

SI	Horario y Día de atención:
NO	

23- Técnico de Laboratorio

SI	Horario y Día de atención:
NO	

24- Servicio de Asistencia Social

SI	Horario y Día de atención:
NO	

25- Servicio de Farmacia

SI	Horario y Día de atención:
NO	

Atención de Enfermería

26- Profesionales (aclare número)

SI	Horario y Día de atención:
NO	

27- Auxiliares

SI	Horario y Día de atención:
NO	

Otros Servicios

28- Agentes Sanitarios

SI	Horario y Día de atención:
NO	

29- Promotores de Salud

SI	Horario y Día de atención:
NO	

30- Becarios/Pasantes

SI	Horario y Día de atención:
NO	

31- Servicio Administrativo

SI	Horario y Día de atención:
NO	

32- Servicio de Traslado

SI	Horario y Día de atención:
NO	

33- Chofer (Aclare cuánto)

SI	Horario y Día de atención:
NO	

34- Servicio de Limpieza y Mantenimiento

SI	Horario y Día de atención:
NO	

Infraestructura del CAPS

	SI	NO
35- Consultorio de: (Aclare Cantidad)		
Dispone de:		
Lavamanos		
Se mantiene aceptablemente limpios durante toda la consulta		
Dispone de luz adecuada durante todo el horario de atención		
Su diseño asegura debida privacidad		
Superficie de cada Consultorio		

Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la Salud en la Provincia de Misiones. Modelo de Salud Municipal

	SI	NO
36- Sala de Espera:		
Es un ambiente lo suficientemente amplio para asegurar que en las horas de atención todo el público disponga de asientos		
Se mantiene aceptablemente limpios durante el tiempo de atención		
Se dispone de luz adecuada durante todo el horario de atención		
Su diseño asegura debida privacidad		
Superficie		

	SI	NO
37- Sector de Vacunación y/o Enfermería		
Lavamanos y mesada azulejada y ad hoc		
Se mantiene aceptablemente limpia durante toda la consulta		
Se dispone de luz adecuada durante todo el horario de atención		
Su diseño asegura debida privacidad		
Superficie		

	SI	NO
38- Sanitarios para el Personal		
Sanitarios para el Público		
Por lo menos uno se halla adaptado para discapacitados		
Los sanitarios cuentan con lavabo-inodoro o mingitorios para varones y accesorios		
Superficie		

	SI	NO
39- Sector de Administración/admisión		
Superficie		

Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la Salud en la Provincia de Misiones. Modelo de Salud Municipal

	SI	NO
40- Sector de Extracción		
Superficie		

	SI	NO
41- Depósito		
Posee iluminación adecuada		
Se mantiene limpio según normas de bioseguridad		
Posee adecuada seguridad para resguardo de Medicamentos y otros insumos sanitarios		
Superficie		

	SI	NO
42- Farmacia		
Superficie		

	SI	NO
43- Laboratorio		
Superficie		

	SI	NO
44- Consultorio Odontológico		
Superficie		

	SI	NO
45- Sala de Reunión		
Superficie		

Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la Salud en la Provincia de Misiones. Modelo de Salud Municipal

	SI	NO
46- RX		
Superficie		

Evaluación de los Recursos y su Organización. Información a ser brindada por el responsable del centro de salud.

47- Conocimiento del área de responsabilidad de influencia del Centro:

	SI	NO
Tiene definida un área de cobertura		
Dispone de mapas o croquis de la totalidad del área de cobertura del centro		
Dispone de un censo de población realizado por el personal: encuesta del RUSMI		
Dispone de información acerca de servicios alternativos de asistencia sanitaria en el área y características generales de funcionamiento		

48- Información acerca de necesidades de la población:

	SI	NO
Conocer el nivel socioeconómico de los diferentes núcleos poblacionales		
Tiene conocimiento de la cantidad de habitantes de área de cobertura		
Cantidad de habitantes que tiene el área de cobertura		

49- Dispone de las siguientes informaciones estadísticas de servicios:

	SI	NO
Embarazadas bajo control en el centro		
Menores de un año bajo control		
Desnutridos bajo control		
Hipertensos bajo control		

50- Conoce cuáles son las primeras causas de consulta en el centro, de la población infante – juvenil y adulta

SI	Detalle Cuáles: Niños: Adolescentes: Adulto:
NO	

51- Características del Recurso Humano del Centro:

(Solo si respondió que si a pregunta nº 7) Datos sobre el responsable del Centro de Salud:

Profesión _____

Lugar de residencia en el área de cobertura _____

Antigüedad en funciones del Centro de Salud _____

52- Todos los miembros o que porcentaje del personal han recibido capacitación en APS y/o su función específica en los últimos 5 años (marcar con una X lo que corresponda).

-10%	
25%	
50%	
75%	
100%	

53- Recibe supervisión del Nivel Central

Ocasional	
Periódica y programada	

54- Antigüedad promedio del personal _____

Recursos materiales con los que cuenta el Centro de Salud

55- CONSULTORIO	SI	CUANTOS	NO
Escritorio con cajón y llave y 3 sillas			
Fichero de mesa			
Balde sanitario con tapa			
Biombo			
Camilla de adulto			
Camillas Pediátricas			
Camillas ginecológicas			
Balanza de pie			
Balanza lactante			
Tallímetro			
Piedrómetro			
Estetoscopio			

Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la Salud en la Provincia de Misiones. Modelo de Salud Municipal

Tensiómetro			
Pantoscopio			
Caja de Sutura			
Pinard			
Fuente de ventilación			
Fuente de calor			
Equipo informático			

56- VACUNATORIO Y ENFERMERIA	SI	CUANTOS	NO
Escritorio con cajón y llave y 3 sillas			
Armario de estantes con llave			
Heladera con termómetro			
Carro de Curaciones			
Nebulizador			
Estufa de esterilización o equivalente			
Termómetro			
Fuente de ventilación			
Fuente de calor			
Biombo			
Tambor de acero			
Caja de curación			

Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la Salud en la Provincia de Misiones. Modelo de Salud Municipal

57- OTROS	SI	CUANTOS	NO
Cinta métrica inextensible para circunf. craneana			
Instrumental Prueba de Desarrollo			
Gestograma			
Cinta métrica para medir altura uterina			
Otoscopio			
Oftalmoscopio			
Tubo de oxígeno regulado y tabuladora			
Máscara para oxígeno			
Material para examen ginecológico			
Heladeras de usos múltiples			
Escalera sanitaria			
Tarima giratoria			
OTROS QUE NO ESTEN EN LA LISTA (Aclare)			

58- ADMINISTRACIÓN/ADMISIÓN	SI	CUANTOS	NO
Mesa y Silla			
Fichero para archivo de historia clínicas y documentación			
Equipo informático			
Ventilador			
Armario con llave			

59- Insumos Básicos en los últimos seis meses

	SI	NO
Vacunas		
Jeringas/agujas descartables		
Sales de rehidratación oral		
Aero cámaras		
Apoyo nutricional		
Recibe REMEDIAR		
Recibe REMEDIAR MISIONERO		
Recibe insumos prog. Salud Sexual y proc. Responsable		
Insumos de papelería e informáticos (incluye libretas)		
Combustible y logística mantenimiento		
Insumos de limpieza		

60- Dispone de formularios para registro de actividades:

	SI	NO
Historia clínicas familiares		
Libretas sanitarias		
Ficheros cronológicos		
Planillas de consultas diarias		
Planillas acciones de enfermería		
Planillas de apoyo nutricional		
Planillas de notificación y vigilancia epidemiológica (C2)		
Planillas Plan Nacer		
RUSMI		
Planilla REMEDIAR MISIONERO		

Descentralización de la Gestión de la Atención Primaria de la Salud en la Provincia de Misiones. Modelo de Salud Municipal

Planilla REMEDIAR		
Registro de Personal, Certificaciones de Servicios y Documentación de Becarios y/o Pasantes		
Inventarios		
Formularios (Referencia-Contrarreferencia, otros)		
Otros que no se hallen en la lista (aclare)		

61- Dispone de normas escritas para las siguientes actividades:

	SI	NO
Control del niño		
Control del desnutrido		
Control del embarazo y puerperio		
Control del hipertenso		
Control del diabético		
Normas de Vacunación		
Normas de atención de enfermedades prevalentes de la infancia		

62- Trabajo Comunitario

	SI	NO
Se realizan visitas domiciliarias		
a. Programadas		
b. Recordatorias		
Realizan actividades programadas con organizaciones comunitarias		
Realizan actividades programadas de educación para la salud para grupos de riesgos o población bajo control		

63. Recursos Financieros

	SI	NO
Dispone de presupuesto propio asignado		
La ejecución del presupuesto se hace:		
a. Parcialmente a nivel local		
b. Totalmente a nivel local		
Dispone de otros ingresos:		
a. Cooperadora		
b. Bonos e contribución		
c. Otros (Aclare)		

64. Accesibilidad al Centro de Salud

Que facilidades encuentran las personas para acceder al CAPS (marcar con una X el o los que correspondan):

Distancia	
Horario de Atención	
Tiempos de espera	
Transporte urbano	
Mínima probabilidad de Rechazo	
Existencia de Turnos Programados	
Cumplimientos de Turnos	

Firma y aclaración del encuestado

Firma y aclaración del encuestador

Anexo XV - Formulario de Proyecto Municipal para el Fortalecimiento de la APS

Boletín Oficial N° 12198 (06/02/2008). Decreto 71/08 Anexo II.²⁵⁷

Deberá ser presentado a la Subsecretaría de Atención Primaria y Salud Ambiental del Ministerio de Salud Pública en dos (2) copias impresas, foliadas correlativamente y con una (1) copia en soporte magnético.

DATOS GENERALES

I TÍTULO DEL PROYECTO

II LUGAR DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO

III MUNICIPIO

IV N° DE CUIT

UNIDAD DE GESTIÓN MUNICIPAL

V RESPONSABLE DE GESTIÓN MUNICIPAL DEL PROYECTO (RGM)

VI DATOS PARA LA COMUNICACIÓN CON EL/LA R. G. M. DEL PROYECTO

LABORAL
Teléfono:
Celular:
Fax:
Correo Electrónico:

VII DATOS DE LA CUENTA BANCARIA

²⁵⁷ GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2008f). Decreto N° 71/08. *Anexo II. Formulario de Proyecto Municipal para el Fortalecimiento de la APS*. Boletín Oficial N° 12198, Febrero 2008, pág. 4.

Banco:
Sucursal:
Tipo y N° de Cuenta:
CBU:

VIII ADMINISTRADOR DE LOS FONDOS TRANSFERIDOS AL MUNICIPIO

IX DATOS PARA LA COMUNICACIÓN CON EL ADMINISTRADOR DE FONDOS

LABORAL
Teléfono:
Celular:
Fax:
Correo Electrónico:

X DOMICILIO PARA LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN POSTAL

Destinatario
Calle / Número / Piso
Localidad
Código Postal

XI EQUIPO TÉCNICO MUNICIPAL DE APOYO A LA GESTIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO

Nombre y Apellido	Profesión/ Oficio	Cargo que ocupa actualmente

XII JUSTIFICACIÓN DE LA PRIORIDAD MUNICIPAL
(No más de cien palabras)**XIII BENEFICIARIOS**

Población Destinataria del Proyecto (cuántos, quiénes, dónde)

DIRECTOS:

INDIRECTOS

XIV OBJETIVOS

GENERAL

ESPECÍFICOS (máximo cuatro)

I

II

III

IV

XVI PRESUPUESTO SEGÚN RUBROS DETALLADOS A FINANCIAR POR EL GOBIERNO MUNICIPAL

		Actividad					
E T A P A I	N °	Descripción actividad	Rubro	Descripción recurso	Cantidad	Importe Total	
Subtotal Etapa I							

		Actividad					
E T A P A I I	N °	Descripción actividad	Rubro	Descripción recurso	Cantidad	Importe Total	
Subtotal Etapa II							

XVII MONTO TOTAL DEL PROYECTO MUNICIPAL

MONTOS	CANTIDAD EN (\$)	PORCENTAJES
Transferido por el Gobierno Provincial		
Propios aportados por el Municipio		
Aportados por otras fuentes (incluya aquí lo aportado por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia)		
Total de recursos a utilizar durante todo el proyecto		100 %

XVIII FECHA Y FIRMAS

Fecha de Presentación del Proyecto:	Día:	Mes	Año
-------------------------------------	------	-----	-----

Firma del Responsable de Gestión Municipal (RGM)

Aclaración (Nombre y Apellido)

DNI N°

Firma del Intendente

Aclaración (Nombre y Apellido)

DNI N°

Anexo XVI - Programa de Descentralización de la Gestión para la APS**Municipalidad de la Ciudad de Posadas**

Seguimiento de Proyectos

Zona Sanitaria	Municipio	Fechas			
		Presentación del Proyecto	Aprobación del Proyecto	Convenio	1º Cuota
Capital	Posadas	17/03/2008	15/05/2008	26/05/2008	04/06/2008

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud Pública de la Provincia ProDeGAPS Grilla de Seguimiento de Proyecto.

Acta de Acuerdo y Evaluación del Informe

Zona Sanitaria	Municipio	Cuota N°	Cuota	Fechas	
				Acta de Acuerdo	Evaluación del Informe
Capital	Posadas	1	04/06/2008	26/08/2008	Muy bueno
		2	23/09/2008	30/10/2008	Bueno 01/12/2008
		3	19/12/2008		Bueno
		4	11/05/2009		Bueno 15/06/2009
		5	26/06/2009		Bueno 31/08/2009
		6	15/09/2009		Bueno 02/11/2009
		7	19/10/2009		Bueno 04/11/2009
		8	17/11/2009		Bueno 17/12/2009
		9	13/01/2010		Bueno
		10	13/01/2010		Bueno
		11	01/02/2010		Bueno 25/03/2010
		12	07/05/2010		

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud Pública de la Provincia ProDeGAPS Grilla de Seguimiento de Proyecto.

Anexo XVII - Nuevas Disposiciones para los Efectores

La Circular 01²⁵⁸ del 17 de Enero de 2008 informa a los efectores que a partir del 1º de enero sólo se podrán liquidar una vez por mes y por efectos los códigos del grupo Comunidad del nomenclador valorizado de prestaciones vigentes. CMI 65 encuentros para promoción del desarrollo infantil, CMI 66 encuentros para promoción de pautas alimentarias y CMI 67 encuentros para promoción de salud sexual y reproductiva. Para la liquidación se requerirá la participación de un grupo de diez personas, se presentará un informe con los datos del taller y de los participantes, como el nombre y la firma del disertante.

La Circular 02²⁵⁹ del 21 de Enero de 2008 informa que a partir de enero de 2008 se les reitera a los efectores que, no se les permitirá cargar en el Sistema las prestaciones que no se hayan efectuado en el mismo mes porque impide a la Unidad de Gestión de Seguro Provincial informar en término, la evolución de las trazadoras a la Unidad Ejecutora Central. Por lo que se solicita que las prácticas médicas realizadas en el mes sean cargadas en el mes que se llevó a cabo; caso contrario se liquidarán dichas prestaciones en meses posteriores. Para los casos de inscripciones, se sigue el menor tiempo posible entre la realización de la ficha y su recepción por el Área de Sistemas de la Unidad de Gestión del Plan, porque si transcurre seis meses se debita la prestación.

La Disposición 001²⁶⁰ del 2008 establece que a partir del 1º de enero de 2008 sólo se pagarán y podrán liquidarse prácticas que se hayan efectuadas dentro de los seis meses anteriores a la recepción del expediente de liquidación a la Unidad de Gestión. En su segundo artículo establece que, el plazo para la recepción de la copia del Formulario I (notificación sobre la disponibilidad de fondos) concluye a los

²⁵⁸ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2011b). *Plan Nacer. Circular 01.* Disponible en <http://www.salud.misiones.gov.ar/images/download/reglamentacion%20vigente%202008.pdf> Fecha de acceso: 7 de marzo de 2011, pág. 1.

²⁵⁹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2011c). *Plan Nacer. Circular 02.* Disponible en <http://www.salud.misiones.gov.ar/images/download/reglamentacion%20vigente%202008.pdf> Fecha de acceso: 7 de marzo de 2011, pág. 2.

²⁶⁰ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2011d). *Plan Nacer. Disposición 001.* Disponible en <http://www.salud.misiones.gov.ar/images/download/reglamentacion%20vigente%202008.pdf> Fecha de acceso: 7 de marzo de 2011, pág. 3.

30 días, contados desde la fecha en que la Unidad de Gestión efectuó la transferencia bancaria a la cuenta de los Terceros Administradores. En caso de incumplimiento dará lugar a las sanciones establecidas en los Compromisos de Gestión.

Las notificaciones de disponibilidad de fondos se podrán efectuar vía fax y/o correo electrónico, siempre que el efector acepte por escrito este medio de notificación. A los fines de la liquidación de las prestaciones brindadas los efectores deberán regirse por los códigos y valores establecidos en el Nomenclador que como Anexo I forma parte del presente.

PLAN NACER DISPOSICIÓN 001/08 ANEXO I NOMENCLADOR VIGENTE

CODIGO PROYECTO DE INVERSIÓN EN PRESTACIONES SALUD MATERNO INFANTIL PROVINCIAL PRECIO

GRUPO MUJER

SUBGRUPO EMBARAZO

MEM 01 Consulta de control prenatal de 1ra.vez \$ 15,00

MEM 02 Consulta ulterior de control prenatal \$ 15,00

MEM 03 Consulta odontológica prenatal - profilaxis \$ 12,00

MEM 04 Consulta de educación para la salud en embarazo (bio-psico-social) \$ 10,00

MEM 05 Atención y tratamiento ambulatorio de infección urinaria en embarazada \$ 10,00

MEM 06 Atención y tratamiento ambulatorio de anemia leve del embarazo \$ 10,00

MEM 07 Inmunización antitetánica en embarazo \$ 5,00

MEM 72 Anatomía Patológica (Papanicolau) en Control de embarazo \$ 5,00

MEM 73 Toma de muestra para PAP (incluye material descartable) \$ 10,00

SUBGRUPO EMBARAZO DE ALTO RIESGO

MER 08 Consulta de control prenatal de embarazo de alto riesgo \$ 12,00

MER 09 Interconsulta con especialistas por embarazo de alto riesgo (Cardiología, endocrinología, genética, infectología) \$ 12,00

MER 10 Atención y tratamiento ambulatorio de sífilis y ETS en embarazo \$ 10,00

MER 11 Atención y tratamiento ambulatorio de SIDA en la embarazada \$ 10,00

MER 12 Atención y tratamiento ambulatorio de eclampsia (hipertensión arterial)

\$ 10,00

MER 13 Atención y tratamiento ambulatorio de anemia grave del embarazo \$ 10,00

MER 14 Tratamiento de la hemorragia del 1er. Trimestre \$ 100,00

MER 15 Tratamiento de la hemorragia del 2do. Trimestre \$ 100,00

MER 16 Tratamiento de la hemorragia del 3er. Trimestre \$ 100,00

SUBGRUPO PARTO

MPA 17 Atención de parto y recién nacido \$ 400,00

MPA 18 Cesárea y atención del recién nacido \$ 400,00

SUBGRUPO PUERPERIO

MPU 19 Consulta de puerperio inmediato \$ 15,00

MPU 20 Tratamiento ambulatorio de complicaciones de parto en puerperio inmediato \$ 10,00

MPU 21 Consejería puerperal en SS y R; lactancia materna y puericultura prevención de muerte súbita y signos de alarma) \$ 10,00

MPU 22 Informe de comité de auditoría de muerte materna y/o infantil recibido y aprobado por el Ministerio de Salud de la Provincia, según ordenamiento. \$ 50,00

MPU 23 Inmunización puerperal (Rubéola) \$ 5,00

GRUPO NIÑO

SUBGRUPO NEONATO

NNE 25 Atención de RN con condición grave al nacer (tratamiento pre-referencia) \$ 180,00

NNE 26 Tratamiento inmediato de sífilis congénita en RN \$ 30,00

NNE 27 Tratamiento inmediato de transmisión vertical de SIDA en RN \$ 30,00

NNE 28 Tratamiento inmediato de trastornos metabólicos (estado ácido base y electrolitos) en RN \$ 30,00

NNE 29 Tratamiento inmediato de Chagas congénito \$ 30,00

NNE 30 Incubadora hasta 48 horas recién nacido por día \$ 120,00

NNE 31 Inmunización de recién nacido (Incluye BCG y Hepatitis B) \$ 5,00

SUBGRUPO NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS (NO INCLUYE NEONATOS)

NPE 32 Consulta pediátrica menores de un año \$ 15,00

NPE 33 Consulta pediátrica de niños de 1 a 6 años \$ 15,00

NPE 34 Consulta pediátrica de menores de 6 años en emergencia hospitalaria \$ 15,00

NPE 35 Atención ambulatoria con suplementación vitamínica a niños desnutridos menores de 6 años \$ 10,00

NPE 36 Atención ambulatoria de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 6 años \$ 10,00

NPE 37 Atención ambulatoria de infección respiratoria aguda en niños menores de 6 años \$ 10,00

NPE 74 Kinesioterapia Respiratoria Ambulatoria en Infecciones Respiratorias Agudas en Niños Menores de 6 años (5 sesiones) \$ 15,00

NPE 38 Interconsulta de niños con pediatras especialistas en Cardiología, Nefrología, Infectología y Gastroenterología. \$ 10,00

NPE 39 Consulta oftalmológica en niños de 5 años \$ 10,00

NPE 40 Consejería en salud buco-dental por personal de salud en niños menores de 6 años. \$ 12,00

NPE 41 Dosis aplicada de inmunización para sarampión en niños menores de 6 años \$ 5,00

NPE 42 Dosis aplicadas de otras inmunizaciones del esquema de vacunación en niños menores de 6 años \$ 5,00

GRUPO LABORATORIO

LMI 43 Laboratorio prueba de embarazo \$ 5,00

LMI 44 Laboratorio de control prenatal de 1ra. Vez (incluye: grupo y factor, hemoglobina, glucemia, orina completa, VDRL, Chagas, HIV, toxoplasmosis y Hbs antígeno). \$ 55,00

LMI 75 Extracción de sangre para análisis de laboratorio. Incluye material descartable. \$ 5,00

LMI 45 Laboratorio Ulterior de Control Prenatal (Incluye Hemoglobina, Glicemia, Orina Completa, VDRL, HIV) \$ 45,00

LMI 46 Laboratorio Materno Infantil (1 prueba de Anexo I) \$ 3,00

LMI 47 Laboratorio Materno Infantil (1 prueba de Anexo II) \$ 6,00

LMI 48 Laboratorio Materno Infantil (1 prueba de Anexo III) \$ 10,00

LMI 49 Laboratorio Materno Infantil (1 prueba de Anexo IV) \$ 15,00

LMI 50 Colposcopia en Control de embarazo (incluye material descartable) \$ 5,00

GRUPO IMÁGENES

IMI 51 Ecografía en control prenatal \$ 20,00

IMI 52 Electrocardiograma en embarazo \$ 12,00

IMI 53 Electroencefalograma en niños menores de 6 años y mujeres embarazadas \$ 12,00

IMI 54 Rx tórax F y P en niños menores de 6 años \$ 12,00

IMI 55 Rx tórax F y P en mujeres embarazadas \$ 12,00

IMI 56 Rx. de cráneo F y P en niños menores de 6 años y mujeres embarazadas \$ 12,00

IMI 57 Rx de huesos largos en niños menores de 6 años c/patología prevalente. \$ 12,00

IMI 58 Eco-doppler en niños menores de 6 años \$ 15,00

IMI 59 Electrocardiograma en niños menores de 6 años \$ 12,00

GRUPO COMUNIDAD

CMI 60 Ronda Completa de Agente Sanitario en área rural \$ 40,00

CMI 61 Ronda Completa de Agente Sanitario en Población Indígena \$ 40,00

CMI 62 Captación por búsqueda activa de embarazadas en el primer trimestre por agente sanitario y/o personal de Salud \$ 30,00

CMI 63 Carta de derechos de la mujer embarazada indígena \$ 5,00

CMI 64 Diagnóstico socio-epidemiológico de población en riesgo, (documento entregado y aprobado) \$ 100,00

CMI 65 Encuentros para promoción del desarrollo infantil \$ 20,00

CMI 66 Encuentros para promoción de pautas alimentarias \$ 20,00

CMI 67 Encuentros para promoción de salud sexual y reproductiva \$ 20,00

CMI 68 Captación por búsqueda activa de embarazadas/niños con abandono de controles, por agente sanitario y personal de salud. \$ 30,00

GRUPO TRANSPORTE

TMI 69 Transporte de emergencia del RN \$ 1,20

TMI 70 Transporte por referencia de zona A de embarazadas y niños menores de 6 años \$ 40,00

ANEXO I LABORATORIO MATERNO INFANTIL

(NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS)

(LAF. NOMENCLADOR: LMI46)

1 Baciloscopía \$ 3,00

- 2 Bilirrubinas totales y fraccionados \$ 3,00
- 3 Calcemia \$ 3,00
- 4 Campo Oscuro \$ 3,00
- 5 Citología \$ 3,00
- 6 Colesterol \$ 3,00
- 7 Creatinina en orina \$ 3,00
- 8 Creatinina sérica \$ 3,00
- 9 Cultivo vaginal Exudado flujo \$ 3,00
- 10 Electroforesis de proteínas \$ 3,00
- 11 Eritrosedimentación \$ 3,00
- 12 Estado Acido Base \$ 3,00
- 13 Factor de coagulación 5, 7, 8, 9 y 10 \$ 3,00
- 14 Fenilalanina \$ 3,00
- 15 Fenilcetonuria \$ 3,00
- 16 Ferremia \$ 3,00
- 17 Fosfatasa alcalina y ácida \$ 3,00
- 18 Glicemia \$ 3,00
- 19 Glucosuria \$ 3,00
- 20 Gonadotrofina coriónica humana \$ 3,00
- 21 Grasas en material fecal cualitativa \$ 3,00
- 22 Grupo y factor \$ 3,00
- 23 HDL y LDL \$ 3,00
- 24 Hematocrito \$ 3,00
- 25 Hemoglobina \$ 3,00
- 26 Hemograma completo \$ 3,00
- 27 Hidatidosis por Hemoaglutinación \$ 3,00
- 28 Leucocitos en material fecal \$ 3,00
- 29 Orina Completa \$ 3,00
- 30 Parasitológico de Materia Fecal \$ 3,00
- 31 PH en materia fecal \$ 3,00
- 32 PPD \$ 3,00
- 33 Proteínas totales y fraccionados \$ 3,00
- 34 Proteinuria \$ 3,00

- 35 Prueba de Coombs Directa \$ 3,00
- 36 Reacción de Hudleson \$ 3,00
- 37 Reacción de Widal \$ 3,00
- 38 Sangre oculta en heces \$ 3,00
- 39 Test de Graham \$ 3,00
- 40 Tiempo de coagulación y sangría \$ 3,00
- 41 Tiempo de protombina \$ 3,00
- 42 Transaminasas TGO/TGP \$ 3,00
- 43 Triglicéridos \$ 3,00
- 44 Urea \$ 3,00

ANEXO II

LABORATORIO MATERNO INFANTIL

(NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS)

(REF. NOMENCLADOR: LMI47)

- 1 Amilasa Pancreática \$ 6,00
- 2 ASTO \$ 6,00
- 3 Cuantificación fibrinógeno \$ 6,00
- 4 Cultivo y Antibiograma General \$ 6,00
- 5 Hbs Ag \$ 6,00
- 6 Hemocultivo Aerobio Anaerobio \$ 6,00
- 7 Ionograma Plasmático y Orina \$ 6,00
- 8 KPTT \$ 6,00
- 9 Látex y Hemoaglutinación Directa para Chagas \$ 6,00
- 10 Lipidograma Electroforético \$ 6,00
- 11 Líquido cefalorraquídeo citoquímico y bacteriológico \$ 6,00
- 12 Prueba de Coombs indirecta cuantitativa \$ 6,00
- 13 Serología para Chagas (Elisa) \$ 6,00
- 14 Test del látex \$ 6,00
- 15 Toxoplasmosis por fijación de complemento \$ 6,00
- 16 VDRL \$ 6,00

ANEXO III LABORATORIO MATERNO INFANTIL**(NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS CON PATOLOGÍAS PREVALENTES)****(REF.NOMENCLADOR: LMI48)**

- 1 Bacteriología Directa y cultivo \$ 10,00
- 2 Ferritina \$ 10, 00
- 3 Hepatitis B anti HBS Anticore total \$ 10,00
- 4 Prueba de tolerancia a la glucosa \$ 10,00
- 5 Sub Unidad Beta \$ 10,00
- 6 Urocultivo \$ 10,00

ANEXO IV LABORATORIO MATERNO INFANTIL**(NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS CON PATOLOGÍAS PREVALENTES)****(REF. NOMENCLADOR: LMI49)**

- 1 Antibiograma microbacteria \$ 15,00
- 2 IFI Infecciones respiratorias \$ 15,00
- 3 Coprocultivo \$ 15,00
- 4 Esputo seriado \$ 15,00
- 5 Hepatograma \$ 15,00
- 6 Hisopado de fauces \$ 15,00
- 7 T3 \$ 15,00
- 8 T4 libre \$ 15,00
- 9 Toxoplasmosis por IFI \$ 15,00
- 10 Transferrinas \$ 15,00
- 11 TSH \$ 15,00
- 12 Vibrio Cholerae Cultivo e Identificación \$ 15,00
- 13 VIH Elisa \$ 15,00

En la Disposición 20²⁶¹, el Coordinador Ejecutivo del Plan establece que a partir de noviembre de 2008 todas las fichas de inscripción en el Plan Nacer de madres y niños elegibles deberán presentarse acompañadas de fotocopia del Documento Nacional de Identidad del beneficiario. Las fichas de niños recién nacidos que se inscriban con documento ajeno deberán ir acompañado por la fotocopia del Documento Nacional de Identidad del familiar a cargo.

Por medio de la Disposición 55²⁶² se establece que a partir de la presente no se pagará la prestación Consulta pediátrica de niños de 1 a 6 años (NP33) si en el informe prestacional no se consigna la fecha de aplicación de la vacuna antisarampionosa o triple viral al menor elegible.

La Resolución 2069/08 del Ministerio de Salud Pública resuelve que, los Centros de Atención Primaria de la Salud deberán distribuir los fondos estímulos siguiendo las siguientes pautas, los responsables de los efectores no podrán recibir por esta función más del 5% del monto total destinado a estímulos.

Se modifican los objetivos sanitarios, su metodología de cálculo y puntaje, que fueran establecidos en el Anexo I de la Resolución 290/08.

PLAN NACER RESOLUCIÓN 2069/08 ANEXO I

B.- METODOLOGÍA DE CÁLCULO DE LOS OBJETIVOS

1. Inscripción de población elegible

Período: Mensual

Metodología: Por Departamento y Municipio.

Descripción operativa: N° de niños inscriptos activos del mes en curso sobre N° de niños inscriptos en el mes anterior

Meta: 1 % mensual de aumento por municipio.

²⁶¹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2011e). *Plan Nacer. Disposición* 20. Disponible en <http://www.salud.misiones.gov.ar/images/download/Comunicacion/Nacer/disposici%F3n%20del%20plan%20nacer%2020-08.pdf> Fecha de acceso: 7 de marzo de 2011.

²⁶² MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2011f). *Plan Nacer. Disposición* 55. Disponible en <http://www.salud.misiones.gov.ar/images/download/reglamentacion%20vigente%202008.pdf> Fecha de acceso: 7 de marzo de 2011, pág. 9.

2. Inscripción en función a la cantidad de población estimada

Período: Mensual

Metodología: Por Departamento y Municipio.

Descripción operativa: N° de niños inscriptos activos del mes en curso sobre N° de niños estimados en el municipio por grupo etario. Para los Hospitales, será en función a la población estimada de niños menores de 1 año y para los CAPS en función a la población estimada de niños mayores de 1 año y menores de 6 años.

Meta: N° de inscriptos igual o mayor al 40% de la población estimada.

3. Captación temprana de mujeres embarazadas

Período: Mensual

Metodología: Por Efector

Descripción operativa: N° de embarazadas atendidas captadas antes de las 20 semanas sobre N° de embarazadas atendidas en el mes.

Meta: 60 % de las mujeres atendidas en el mes tendrían que haber sido captadas antes de la semana 20.

4. Cobertura de inmunizaciones

Período: Mensual

Metodología: Por Efector

Descripción operativa: N° de niños atendidos que tienen entre 12 y 13 meses con triple viral sobre N° de niños atendidos en el mes que tienen entre 12 y 13 meses.

Meta: 90% de niños vacunados con la Triple Viral

5. Número de recién nacidos de madres elegibles con Apgar a los 5 minutos mayor de 6

Período: Mensual

Metodología: Por Efector

Descripción operativa: N° partos con Apgar mayor a 6 a los 5 minutos sobre N° de partos mensuales

Meta: el 70 % de los niños con Apgar mayor a 6 a los 5 minutos.

6. Número de embarazadas elegibles con VDRL y antitetánica en el embarazo

Período: Mensual

Metodología: Por Efector

Descripción operativa: N° de mujeres embarazadas (población elegible) con 20 ó más semanas de gestación con VDRL y ATT, sobre N° de mujeres embarazadas (población elegible) con 20 ó más semanas de gestación.

Meta: 60 % de las embarazadas atendidas con VDRL y ATT 1er dosis o vigente.

7. Número de partos de madres elegibles con VDRL y antitetánica previa al parto

Período: Mensual

Metodología: Por Efector

Descripción operativa: N° de partos de población elegible con VDRL y ATT 1er dosis o vigente informadas sobre N° de partos atendidos en el mes.

Meta: 70 % de los partos informados deben tener VDRL y ATT informada.

8. Cuidado Sexual y Reproductivo

Período: Mensual

Metodología: Por Efector

Descripción operativa: N° de partos de población elegible con Consejería realizada dentro de los 45 días posparto sobre N° de partos atendidos en el mes.

Meta: 90 % de partos de población elegible con Consejería realizada dentro de los 45 días posparto

9. Evaluación de atención de los casos de muertes infantiles y maternas.

Datos obtenidos de estadística del Ministerio de Salud Pública

Período: Mensual

Metodología: Por Efector

Inicio de evaluación marzo 2008, muertes de enero

Descripción operativa: Número de casos de muerte materna y de niños menores a 6 años evaluados por comité hospitalario y enviados a la UGSP y al comité de muerte Central sobre N° de muertes maternas y de niños menores a 6 años ocurridas en el mes. Cabe aclarar que si en el mes en análisis no se hubiesen producido muertes maternas o infantiles, el objetivo se dará por cumplimentado.

Meta: 70 % de casos de muerte materna y menores a 6 años evaluados por comité hospitalario y enviados a la UGSP y al comité de muerte Central.

10. Carga de RUSMI

Período: Mensual

Metodología: Por Municipio y Departamento.

Descripción operativa: La cantidad de RUSMI cargadas y elevadas tiene que ser mayor o igual a la cantidad de RUSMI cargadas y elevadas del mes anterior más la cantidad de promotores del municipio por 48.

Meta: Cantidad de RUSMI cargadas en el mes anterior más cantidad de promotores del municipio por 48 o tener cargada la totalidad de RUSMI de la población estimada.

C. PUNTAJE DE LOS OBJETIVOS

A cada objetivo se le asignará un puntaje determinado que permita verificar si el efector cumple con las metas asignadas para poder destinar un 40% más de los fondos (aparte del 10% fijo) a estímulos al recurso humano que se desempeña en el mismo.

CAPS

OBJETIVOS	PUNTOS
Inscripción de población elegible	5
Inscripción s/ cantidad de población estimada	5
Captación embarazada	10
Cob. Inmunizaciones	10
VDRL y ATT en embarazo	5
Carga RUSMI	5

HOSPITALES NIVEL I y II

OBJETIVOS	PUNTOS
Inscripción de población elegible	5
Inscripción s/ cantidad de población estimada	5
Captación embarazada	5
Cob. Inmunizaciones	5
Apgar a los 5'>6	5
VDRL y ATT en embarazo	2.5
VDRL y ATT previa al parto	2.5
Conserjería	5

Evaluación casos muertes maternas e infantiles	2.5
--	-----

Carga RUSMI	2.5
-------------	-----

PROVINCIA DE MISIONES

HOSPITAL MADARIAGA

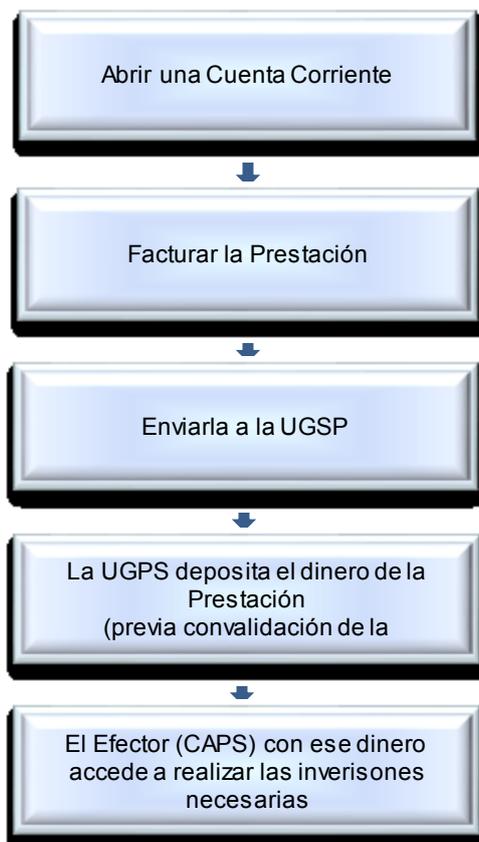
OBJETIVOS	PUNTOS
Inscripción de población elegible	5
Inscripción s/ cantidad de población estimada	5
Apgar a los 5'>6	10
VDRL y ATT en embarazo	5
VDRL y ATT previa al parto	5
Conserjería	5
Evaluación casos muertes maternas e infantiles	5

HOSPITAL PEDIÁTRICO

OBJETIVOS	PUNTOS
Inscripción de población elegible	15
Inscripción s/ cantidad de población estimada	15
Evaluación casos muertes maternas e infantiles	10

HOSPITALES ELDORADO y OBERÁ

OBJETIVOS	PUNTOS
Inscripción de población elegible	5
Inscripción s/ cantidad de población estimada	5
Captación embarazada	5
Cob. Inmunizaciones	5
Apgar a los 5'>6	5
VDRL y ATT en embarazo	2.5
VDRL y ATT previa al parto	2.5
Conserjería	5
Evaluación casos muertes maternas e infantiles	5

Anexo XVIII - Plan Nacer Transferencia de Fondos Gestión Administrativa

Fuente: Plan Nacer Manual de Prestadores, pág. 19.

Anexo XX – Plan Nacer**PLANILLA DE INSCRIPCIÓN FICHA NIÑO/A**

- En el frente de la Planilla.

Anotar el Apellido y los Nombres del niño/a.

Señalar el Número de Documento (del beneficiario/a o el correspondiente a un familiar -padre, madre o tutor- si el niño/a aún no lo tiene).

Hacer una cruz en la opción Recién Nacido, cuando el beneficiario/a tenga menos de 28 días de edad. Si el beneficiario/a tiene más de 28 días y hasta los seis años, hacer una cruz en la opción Menor de 6 Años.

Consignar el Sexo del beneficiario/a con una cruz. Señalar la Fecha y el Lugar de nacimiento del beneficiario/a.

En el caso de ser extranjero, poner el País de nacimiento.

Trazar una cruz en el casillero que corresponda en caso de que el beneficiario/a pertenezca o no a algún Pueblo Originario. En caso de respuesta afirmativa, consignar cuál es la población originaria a la que pertenece y cuál el idioma o lengua.

Consignar el Tipo de Documento y el Nombre y Apellido, de la madre, padre o tutor.

Frente



→ FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN		N° de Formulario 000000
→ RECIÉN NACIDO O MENOR DE 6 AÑOS		
APELLIDO _____ NOMBRES _____		
EL DOCUMENTO ES PROPIO <input type="checkbox"/> O ES DE UN FAMILIAR <input type="checkbox"/>		TIPO DE DOCUMENTO DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/>
NUMERO DEL DOCUMENTO _____		C I P FEDERAL <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PROVINCIA <input type="checkbox"/>
CATEGORIA DENTRO DEL SEGURO MATERNO INFANTIL →		RECIEN NACIDO <input type="checkbox"/> MENOR DE 6 AÑOS <input type="checkbox"/>
DATOS DE NACIMIENTO, SEXO Y ORIGEN. SEXO MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>		
FECHA _____ DIA MES AÑO	LUGAR PROVINCIA _____ LOCALIDAD _____	SI ES EXTRANJERO, PAIS _____
→ ¿PERTENECE A ALGUN PUEBLO ORIGINARIO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IDIOMA O LENGUA _____ POBLACION ORIGINARIA _____
MADRE TIPO DE DOCUMENTO DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> C I POLICIA FEDERAL <input type="checkbox"/> C I POLICIA PROVINCIA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>		
NUMERO DE DOCUMENTO _____		APELLIDOS _____ NOMBRES _____
PADRE TIPO DE DOCUMENTO DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> C I POLICIA FEDERAL <input type="checkbox"/> C I POLICIA PROVINCIA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>		
NUMERO DE DOCUMENTO _____		APELLIDOS _____ NOMBRES _____
TUTOR TIPO DE DOCUMENTO DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> C I POLICIA FEDERAL <input type="checkbox"/> C I POLICIA PROVINCIA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>		
NUMERO DE DOCUMENTO _____		APELLIDOS _____ NOMBRES _____
LUGAR DE ATENCION CLINICA HABITUAL _____		CODIGO _____
→ FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN		N° de Formulario 000000

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN

- En el dorso de la Planilla.

El Adulto que presenta al Menor ¿Convive con Este? Marcar con una cruz la opción que corresponda. Si la respuesta es “si” los datos siguientes serán los del adulto que inscribe al beneficiario. Si la respuesta es “no” los datos siguientes deben ser los del menor.

Consignar el nombre de la Calle en la que vive el menor, el N° de Puerta. Anotar el número o letra del Piso de la vivienda, el Departamento y el número con el que se identifica a la Manzana. Consignar entre qué Calles está ubicada la vivienda. Anotar el Teléfono en que se puede contactar al beneficiario. Detallar el Departamento, el Municipio, la Localidad y el Barrio/Paraje en que se encuentra emplazada la vivienda del beneficiario/a. Escribir el número de Código Postal.

Señalar la Fecha en la que se está haciendo la Inscripción. Consignar la firma del mayor que solicita la inscripción del menor a cargo, dando Conformidad de los Datos precisados en la planilla. Consignar la Firma del Agente Inscriptor y su Nombre Completo.

Para la Constancia de Inscripción

Repetir el Nombre y Apellido, consignados en la casilla “Recién Nacido o Menor de 6 años”, como así también la Fecha de Inscripción, consignada en “Datos de domicilio del Menor”.

Consignar la Firma del Agente Inscriptor, su Nombre Completo y el Nombre del Centro de Inscripción.

Dorso







→ FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

→ DATOS DE DOMICILIO DEL MENOR

**→ EL ADULTO QUE PRESENTA AL MENOR
¿CONVIVE CON ESTE?**

SI

NO

**→ EN ESTE CASO DEBE COMPLETARSE
CON LOS DATOS DEL MENOR**

CALLE	Nº PUERTA
PISO	DEPTO.
MANZANA	
ENTRE CALLE	
Y CALLE	
TELEFONO	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
LOCALIDAD	
BARRIO / PARAJE	
CODIGO POSTAL	
OBSERVACIONES	

FICHA DE INSCRIPCIÓN	/	/	CONFORMIDAD DE LOS DATOS
----------------------	---	---	--------------------------

FIRMA DEL AGENTE INSCRIPTOR	CENTRO DE INSCRIPCIÓN
NOMBRE COMPLETO DEL AGENTE INSCRIPTOR	

→ CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN

APELLIDO	
NOMBRES	
FECHA DE INSCRIPCIÓN	
FIRMA DEL AGENTE INSCRIPTOR	CENTRO DE INSCRIPCIÓN
NOMBRE COMPLETO DEL AGENTE INSCRIPTOR	

Esta constancia tiene una validez de días.

Fuente: Plan Nacer

PLANILLA DE INSCRIPCIÓN FICHA MUJER EMBARAZADA

- En el frente de la Planilla.

Identificar a la mujer embarazada o puérpera. Anotar el Número de Documento de la beneficiaria y hacer una cruz en el Tipo de Documento.

Consignar la Categoría dentro del Seguro Materno Infantil.

Señalar el Lugar de nacimiento de la beneficiaria.

En el caso de ser extranjera, poner el país de nacimiento. Trazar una cruz en el casillero que corresponda en caso de que la beneficiaria pertenezca o no a algún Pueblo Originario. En caso de respuesta afirmativa, consignar cuál es la población originaria a la que pertenece y cuál el idioma o lengua.

Indicar la fecha en la que el médico detectó el embarazo, la cantidad de Semanas de Curso del Embarazo al momento de la inscripción y la Fecha Probable de Parto o la fecha Efectiva de Parto, consignada por el médico en su reporte de diagnóstico.

Consignar el Centro de Atención Primaria, Hospital, Clínica u otro lugar de atención de salud en dónde se atiende o se va a atender la beneficiaria.

Frente



→ FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN		N° de Formulario		000000	
→ EMBARAZADAS ó PUERPERAS (hasta 45 días post parto)					
APELLIDO					
NOMBRES					
TIPO DE DOCUMENTO	DNI	LE	LC	CI	P. FEDERAL
				PROVINCIA	
PASAPORTE		OTRO			
NUMERO DEL DOCUMENTO					
CATEGORIA DENTRO DEL SEGURO MATERNO INFANTIL →			EMBARAZADA		PUÉRPERA (hasta 45 días post parto)
DATOS DE NACIMIENTO Y ORIGEN.					
FECHA	DIA	MES	AÑO	LUGAR	PROVINCIA
				LOCALIDAD	
				SI ES EXTRANJERO, PAIS	
¿PERTENECE A ALGUN PUEBLO ORIGINARIO?			→ SI		
			NO		
IDIOMA O LENGUA					
POBLACION ORIGINARIA					
DATOS DEL EMBARAZO.			DATOS DEL PARTO.		
Regido por Ley 25326	FECHA DE DIAGNOSTICO MEDICO DE EMBARAZO	SEMANAS DE CURSO DEL EMBARAZO	FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP)		
	DIA MES AÑO		DIA MES AÑO		
			FECHA EFECTIVA DE PARTO (FEP)		
			DIA MES AÑO		
LUGAR DE ATENCION CLINICA HABITUAL				CODIGO	
→ FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN		N° de Formulario		000000	

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN

Fuente: Plan Nacer

- En el dorso de la Planilla.

Consignar el nombre de la Calle en la que vive la beneficiaria, el N° de Puerta. Anotar el número o letra del Piso de la vivienda, como así también del Departamento y el número con el que se identifica a la Manzana. Consignar entre Qué Calles está ubicada la vivienda. Anotar el Teléfono en que se puede contactar a la beneficiaria. Detallar el Departamento, el Municipio, la Localidad el Barrio/Paraje en que se encuentra emplazada la vivienda de la mujer. Escribir el número de Código Postal del lugar de la vivienda.

Señalar la Fecha en la que se está haciendo la Inscripción.

Consignar la firma de la inscripta dando Conformidad de los Datos precisados en la planilla. Consignar la Firma del Agente Inscriptor e indicar su Nombre.

Repetir el Nombre y Apellido, consignados en la casilla “Embarazadas o Puérperas”, como así también la Fecha de Inscripción, consignada en “Datos de Domicilio de la Inscripta”.

Consignar la Firma del Agente Inscriptor, su Nombre Completo y el nombre del Centro de Inscripción al que se entregará la información.

Dorso







→

→ **DATOS DE DOMICILIO**

CALLE		Nº PUERTA	
PISO	DEPTO.	MANZANA	
ENTRE CALLE			
Y CALLE			
TELEFONO			
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
LOCALIDAD			
BARRIO / PARAJE			
CODIGO POSTAL			
OBSERVACIONES			

FICHA DE INSCRIPCIÓN	/	/	CONFORMIDAD DE LOS DATOS _____
----------------------	---	---	--------------------------------

FIRMA DEL AGENTE INSCRIPTOR		CENTRO DE INSCRIPCIÓN
NOMBRE COMPLETO DEL AGENTE INSCRIPTOR		

→ **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN**

APELLIDO	
NOMBRES	
FECHA DE INSCRIPCIÓN	
FIRMA DEL AGENTE INSCRIPTOR	CENTRO DE INSCRIPCIÓN
NOMBRE COMPLETO DEL AGENTE INSCRIPTOR	

Esta constancia tiene una validez de días.

Fuente: Plan Nacer

Este proceso de inscripción debe ser permanente en los CAPS porque en función a esta tarea podrán recibir los recursos, para lo cual deberán remitir periódicamente la documentación a la UGSP. La Unidad controlará que todas las personas que figuren en las fichas estén dentro del grupo definido como Población Elegible. Así el beneficiario del Plan recibirá un carnet de identidad con el Plan.

Importante es el llenado de las Historias Clínicas para el buen funcionamiento del Plan, ya que permite contar con la información necesaria sobre el estado de salud de los beneficiarios. “Las historias clínicas son necesarias además porque habilitan el camino para que se realicen las transferencias de recursos por las prestaciones brindadas.”²⁶³ Por lo que es fundamental registrar todas las prestaciones realizadas.

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia facilita el seguimiento de los pedidos y la realización de las prácticas, porque se cruza información entre el pedido realizado por el prestador derivador, CAPS, lo facturado por los receptores y la historia clínica del paciente. Con este sistema se pretende eliminar el subregistro prestacional en todas las etapas del proceso de atención al paciente, así cada paso deberá ser documentado.

Las planillas de registro de prestaciones es una herramienta para los Centros, es donde se encuentran los datos de los beneficiarios del padrón y las prestaciones del nomenclador agrupadas por códigos. En las mismas es posible asentar los días de realización de las diferentes prestaciones, visualizar las prácticas realizadas a un mismo beneficiario en el mes y luego traspasar esos datos al sistema on line para su facturación.

Una vez que se han realizados las prestaciones al beneficiario se debe facturar por ellas, para poder recibir la transferencias de los recursos de la UGSP. Estas prestaciones están nombradas y valorizadas en el Nomenclador Único del Plan Nacer. Cuenta con un conjunto de prestaciones dispuestas por grupos y subgrupos, incluye cuatro anexos de pruebas de laboratorios.

El grupo Mujer se conforma con los siguientes subgrupos, embarazo, embarazo de alto riesgo, parto y puerperio. El grupo niños con los subgrupos

²⁶³ PRESIDENCIA DE LA NACIÓN. MINISTERIO DE SALUD. (2005). *Manual de Prestadores Plan Nacer*. Plan Federal de Salud, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2005, pág. P.08.

consulta neonato y menores de seis años. Se completa con los grupos Laboratorio, imágenes, comunidad y transporte.

La liquidación de los expedientes demora aproximadamente 60 días desde la fecha de presentación. El expediente de facturación se debe armar con una carátula del Municipio, una nota de elevación a la coordinación del Plan, el detalle de lo gastado y las facturas que documentan el gasto en ese período. Todas las hojas deben estar selladas y foliadas por el Municipio.

Los recursos obtenidos pueden destinarse a mejoras edilicias como tareas de refacción o ampliación del edificio con el propósito de mejorar la calidad de atención y el ambiente laboral; por ejemplo refaccionar baños, mejorar pisos. También se pueden realizar modificaciones en los ambientes existentes que permitan optimizar la utilización edilicia del Centro. Se pueden comprar insumos médicos y equipamiento, por ejemplo estetoscopio, camillas, etc. También existen otras posibilidades como la compra y mantenimiento de equipos de comunicación, compra de equipos de bombeo de agua u obras de perforación, reparación de acceso a los Centros como vereda, como compra de elementos de seguridad para el CAPS, alarmas, rejas. Se pueden adquirir compras de insumos de librería, computadoras o equipos de impresión, artículos de limpieza, mobiliarios (mesa, silla, escritorio, archiveros, acondicionadores de aire, calefactores).

Anexo XXI - Asignación Universal por Hijo para Protección Social

Libreta Nacional de Seguridad Social, Salud y Educación correspondiente a la sección Salud:

Vacunas y Controles de Salud		6 años
27479526410		
CUIL del Menor		
Cumple con el/los controles de salud para la edad		
RIVADAVIA		
Nombre del Establecimiento de Salud		
12345678901		
Código del Establecimiento de Salud		
150310	Firma y Sello Profesional	
Fecha		
Esquema de vacunación para la edad		
Completo <input type="checkbox"/>	En Curso <input checked="" type="checkbox"/>	
RIVADAVIA		
Nombre del Establecimiento de Salud		
12345678901		
Código del Establecimiento de Salud		
150310	Firma y Sello Profesional	
Fecha		
Intervención ANSES		
- 19 -		

Fuente: Asignación Universal por Hijo para Protección Social

Libreta Nacional de Seguridad Social, Salud y Educación correspondiente a la sección Educación:

Educación		6 años	
27479526410			
CUIL del Menor			
1234567890			
Nº de Código Único del Establecimiento (CUE)			
NORMAL N10			
Nombre del Establecimiento			
GESTIÓN:		NIVEL:	
Estatal	<input checked="" type="checkbox"/>	Primario	<input checked="" type="checkbox"/>
Privada	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>		
¿Es alumno regular en el presente ciclo		20	10?
Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Grado		02	
¿Fue alumno regular en el ciclo anterior		20	09?
Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
		150310	
		Fecha	
Firma y Sello de la Autoridad del Establecimiento		Intervención ANSES	
- 20 -			

Fuente: Asignación Universal por Hijo para Protección Social

Declaración jurada del Adulto Responsable del Menor:

Declaración Jurada del Adulto Responsable 2 años	
27479526410	
CUIL del Menor	
CONDICIÓN LABORAL:	
Formal	<input type="checkbox"/>
Informal	<input checked="" type="checkbox"/>
Cuenta Propia	<input type="checkbox"/>
Relación de Dependencia	<input type="checkbox"/>
Desempleado	<input type="checkbox"/>
Servicio Doméstico	<input type="checkbox"/>
Si trabaja en el mercado informal, o en servicio doméstico, indicar si el sueldo es menor que el salario mínimo, vital y móvil:	
Sí	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
150310	
Fecha	
Firma y Aclaración del Adulto Responsable	Intervención ANSES
- 9 -	

Fuente: Asignación Universal por Hijo para Protección Social

Pasos a seguir para cumplimentar los requisitos

En salud deberá acercarse al CAPS con la Libreta Nacional de Seguridad Social, Salud y Educación; en la que el profesional médico certificará que el niño está cumpliendo con los controles sanitarios y con el plan de vacunación en la página correspondiente a Salud. En esta sección se especificará si los niños cumplen con el plan de vacunación obligatorio, si los niños menores de 6 años están inscripto en el Plan Nacer y a partir de los 6 años si cumplen con el control médico correspondiente.

El mismo trámite se hará para educación. Desde los 5 años es obligatoria la concurrencia a la escuela, por lo que el tutor debe concurrir al establecimiento escolar al cual asiste su hijo, donde la autoridad escolar completará y certificará el cumplimiento del ciclo lectivo.

Se debe completar, también, la Declaración Jurada del Adulto Responsable de acuerdo a la edad del niño o adolescente, que deberá presentar el titular de la Asignación junto con la Libreta; por medio del cual informa la actual situación laboral del tutor.

La presentación de la Libreta, con los datos completos requeridos, ante la Administración Nacional de la Seguridad Social, le permitirá percibir el sueldo anual del 20% de la Asignación Universal por Hijo que se retiene en forma mensual y continuar recibiendo la Asignación todos los meses.

Anexo XXII - Plan Provincial Mamá Decreto N° 2978

POSADAS, 29 de Diciembre de 2008.-

VISTO: La necesidad de continuar propiciando la construcción de herramientas de carácter sustantivo, que mejoren las condiciones y la calidad de vida de las mujeres en la Provincia de Misiones y;

CONSIDERANDO:

QUE, para ello se debe cumplir con el gran desafío social de cuidar y proteger el presente y futuro de las mujeres en la etapa de embarazo y más aún en su último trimestre y por ende facilitar el nacimiento de niños y niñas en una sociedad que se proyecta hacia un camino más justo y equitativo;

QUE, el origen de la vida no es “cosa de mujeres”, sino que es un momento de responsabilidades compartidas, individuales y colectivas, donde todos debemos garantizar las mejores condiciones para su desarrollo;

QUE, en este contexto debe tenderse a lograr procesos dirigidos a promover valores que permitan demostrar un mayor compromiso con las comprovincianas y en especial con las de niveles más humildes;

QUE, esto requiere una redistribución de los recursos financieros del Estado Provincial, dirigidos a sostener económicamente ésta etapa de la vida, en el sentido más amplio de la inclusión social;

QUE, las desigualdades sociales, las mutaciones de estructuras de clases y la segmentación de las mismas, relacionadas con los cambios de procesos de trabajo no deseados, han impactado fuertemente en la creación de oportunidades laborales;

QUE, la desocupación, el desempleo y la subocupación se presentan en la Argentina y en Misiones como un problema complejo, donde la tarea más difícil es compatibilizar el crecimiento económico con el desarrollo humano;

QUE, el paradigma de la redistribución del producto social y la riqueza común, requiere la flexibilidad en busca de mecanismos ágiles dentro del Estado Provincial, que favorezcan un mayor despliegue en la generación de acciones colectivas para resolver conflictos, con pertenencia social, ligada directamente al sentido de defender la vida desde su concepción;

QUE, debemos continuar combatiendo frontal, sincera y profundamente todos los factores que impiden disminuir el indicador de la tasa de mortalidad infantil de la Provincia, cuyo el índice de 13,7 por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2007 -pese a ser más bajo de la historia de Misiones-, continua siendo intolerable para nuestro Gobierno y para la Misiones que queremos;

QUE, la mortalidad materna, producto de las muertes evitables de mujeres en una etapa natural de la vida, como la de ser madres, no ha tenido el descenso esperado, pese a las múltiples y variadas acciones desplegadas en ese sentido arrojando indicadores en el año 2007 del 8,01 por cada 10.000 nacidos vivos;

QUE, la problemática del embarazo adolescente es una consecuencia de una trama social no resuelta, que condiciona el trabajo permanente en la búsqueda de la disminución de este indicador que en la actualidad en la Provincia es de 21 por 1.000 nacidos vivos;

QUE, la Provincia tiene la Ley de Educación Sexual en vías de ser reglamentada que servirá de soporte a las presentes acciones;

QUE, la multifactorialidad que influyen en estos indicadores: educación, salud, medio ambiente, trabajo, amerita la inclusión de una variable económica que intente proveer de un paliativo transitorio en el último trimestre del embarazo y al momento del nacimiento, a través del cual se determina el acompañamiento oportuno del Estado Misionero;

QUE, es en el momento en que las mujeres, en un estado avanzado de embarazo, que no tienen trabajo formal, que quedan despedidas, o donde las que buscan trabajo no lo encuentran; quedando libradas a la mínima ayuda disponible en el ámbito de su familia o estatal, en el cual se genera una asimetría entre éstas y aquellas mujeres que tienen un empleo formal o pertenecen al empleo público donde tienen derecho a una licencia por maternidad, asignaciones familiares y conceptos por nacimientos, todo lo cual permite que la llegada de un nuevo integrante a la familia sea protegido/a y contenido/a;

QUE, se estima en un número aproximado de 10.000 las mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad extrema en el ámbito de la Provincia;

QUE, es necesario impedir que éste estado de vulnerabilidad social no implique llegar a extremos no deseados tales como el desamparo afectivo y físico de los

niños, encontrándose éstos en hogares o instituciones públicas u organizaciones civiles;

QUE, por estas consideraciones se hace imprescindible la decisión política e institucional de la creación del “PLAN PROVINCIAL MAMA” que tiene por finalidad articular todos los programas y acciones que se desarrollen orientados a optimizar la asistencia al binomio madre-hijo;

QUE, la Ley N° 4458 del Ejercicio Financiero 2009 en su Art. 23, autoriza al Poder Ejecutivo a asignar la suma de PESOS CINCO MILLONES (\$ 5.000.000) para la atención del “PLAN PROVINCIAL MAMA”,

QUE, la articulación de acciones dependientes del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Trabajo y Empleo, la Secretaría de Estado de Derechos Humanos y el Ministerio de Gobierno, más aquellas Organizaciones de carácter municipal, provincial y nacional y O.N.G., deberán asistir al Plan de acuerdo a sus competencias;

QUE, el Ministerio de Salud Pública intensificará las acciones y programas maternos infantiles a los efectos de la inclusión precoz de las embarazadas a su sistema de asistencia a partir del 3° mes de gestación;

QUE, el Ministerio de Desarrollo Social, de la Mujer y la Juventud, asistirá con la capacitación y la asistencia al binomio madre-hijo durante el proceso de crianza y medio ambiente;

QUE, el Ministerio de Educación por medio de los distintos niveles y sistemas educativos, facilitará la accesibilidad de las beneficiarias del Plan a la finalización de sus estudios primarios y secundarios y a los procesos de alfabetización si lo requirieran a través de la convocatoria permanente, selectiva y articulada en los efectores municipales educativos y sanitarios;

QUE, la Secretaría de Estado de Trabajo y Empleo, orientará y gestionará dentro de sus áreas de capacitación, los mecanismos de inclusión de las beneficiarias en el período posterior al nacimiento, a los efectos de brindarle herramientas concretas que permitan sustentabilidad laboral;

QUE, el Ministerio de Gobierno, garantizará la provisión del DNI “0 años” en el ámbito de las maternidades habilitadas a tal fin y en sus delegaciones;

QUE, la Secretaría de Estado de Derechos Humanos, garantizará la inclusión al Plan a las madres de la comunidad Guaraní y controlará la ejecución y el monitoreo del cumplimiento del Plan por parte de los otros Ministerios;

QUE, para ello se dispone de una ayuda mensual de PESOS DOSCIENTOS (\$ 200) para el 6°, 7° y 8° mes de embarazo y al momento de la presentación del DNI del recién nacido, dentro de los 45 días del nacimiento, una ayuda de PESOS CUATROCIENTOS (\$ 400), juntamente con un ajuar para el bebé, destinado a todas las mujeres Argentinas residentes en la Provincia de Misiones con DNI o constancia de su estado en trámite por ante el Registro Nacional de las Personas, que no tengan ningún tipo de cobertura de obras sociales en el ámbito municipal, provincial y nacional, que se encuentren incluidas en el Plan Nacer;

QUE, a tales fines se procederá a la creación de un Registro Único de Beneficiarias que reúnan las condiciones determinadas en el ANEXO I (REGLAMENTO OPERATIVO DEL PLAN PROVINCIAL MAMA), el que funcionará dentro del ámbito del Ministerio de Salud Pública procediéndose a las correspondientes inscripciones a partir del 01 de Octubre de 2008;

QUE, a los fines de que la asignación llegue a la beneficiaria, se desarrollará un sistema bancarizado optimizando las bondades del presente Plan;

QUE, para ser dadas de alta y continuar poseyendo la calidad de beneficiaria del presente Plan, será condición indispensable y excluyente, bajo pena de ser excluidas del Registro, que las madres se efectúen los controles prenatales señalados en el REGLAMENTO OPERATIVO DEL PLAN PROVINCIAL MAMA;

QUE, para el funcionamiento del presente Plan se hace necesario la creación de una cuenta bancaria especial con el objeto de administrar los fondos transferidos de Rentas Generales, a través de la cual se canalizarán los ingresos recibidos y todos los pagos efectuados en cumplimiento de las finalidades para el cual fue creado el mismo;

QUE, la coordinación General relacionada a la implementación del "PLAN PROVINCIAL MAMA" estará bajo la órbita de la Vicegobernación de la Provincia quién determinará oportunamente el funcionario responsable a tal fin;

QUE, se hace necesario dictar el presente instrumento legal;

POR ELLO:

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE MISIONES

D E C R E T A:

ARTICULO 1°.- CREASE EL “PLAN PROVINCIAL MAMA” destinado a la asistencia integral de la mujer embarazada y su hijo/hija, donde la articulación de los distintos programas nacionales, provinciales y municipales permitirán verificar la concreción de las políticas públicas de defensa y protección de la vida humana.-

ARTICULO 2°.- ESTABLECESE que la coordinación general de la implementación del “PLAN PROVINCIAL MAMA” estará bajo la órbita de la Vicegobernación de la Provincia quién determinará oportunamente el funcionario responsable a tal fin y HABILITESE a la mencionada Coordinación General a la celebración de convenios y contratos con distintas Organizaciones e Instituciones que coadyuven a los fines de la ejecución del presente Plan.-

ARTICULO 3°.- ESTABLECESE que el Ministerio de Salud Pública será el Organismo de aplicación del presente Plan, el cual intensificará las acciones y programas maternos infantiles a los efectos de la inclusión precoz de las embarazadas a su sistema de asistencia a partir del 3° mes de gestación.-

ARTICULO 4°.- CREASE EL REGISTRO ÚNICO DE BENEFICIARIAS DEL PLAN PROVINCIAL MAMA el que funcionará en el ámbito del Ministerio de Salud Pública que será el organismo de aplicación con dependencia jerárquica de la autoridad superior del mismo y ESTABLECESE que para la incorporación al Registro mencionado precedentemente y poder acceder a los beneficios del Plan, las interesadas deberán cumplimentar con los requisitos establecidos en el ANEXO I (REGLAMENTO OPERATIVO DEL PLAN PROVINCIAL MAMA).-

ARTICULO 5°.- DETERMINASE que el Ministerio de Desarrollo Social, de la Mujer y la Juventud, asistirá con la capacitación y la asistencia al binomio madre-hijo en crianza y medio ambiente.-

ARTICULO 6°.- ESTABLECESE que el Ministerio de Educación por medio de los distintos niveles y sistemas educativos, facilitará la accesibilidad de las beneficiarias del Plan a la finalización de sus estudios primarios y secundarios y a los procesos de alfabetización si lo requirieran a través de la convocatoria permanente, selectiva y articulada en los efectores municipales educativos y sanitarios.-

ARTICULO 7°.- ESTABLECESE que la Secretaría de Estado de Trabajo y Empleo, orientará y gestionará dentro de sus áreas de capacitación, los mecanismos de inclusión de las beneficiarias en el período posterior al nacimiento, a los efectos de brindarle herramientas concretas que permitan sustentabilidad laboral.-

ARTICULO 8°.- ESTABLECESE que a través del Ministerio de Gobierno, la provisión del DNI “0 años” en el ámbito de las maternidades habilitadas a tal fin y en sus delegaciones.-

ARTICULO 9°.- ESTABLECESE que la Secretaría de Estado de Derechos Humanos, garantizará la inclusión al Plan a las madres de la comunidad Guaraní y será quién monitoreará el cumplimiento del Plan por parte de los otros Ministerios.-

ARTICULO 10°.- ASIGNESE la suma de PESOS CINCO MILLONES (\$ 5.000.000) para la atención del “PLAN PROVINCIAL MAMA” según lo establecido en el Artículo 23 de la Ley 4458 Ejercicio Financiero 2009.-

ARTICULO 11°.- AUTORIZASE al Ministerio de Salud Pública a la creación de una cuenta bancaria especial a nombre del “PLAN PROVINCIAL MAMA” destinada a la administración de los fondos que provendrán de Rentas Generales de la Provincia.-

ARTICULO 12°.- DETERMINASE como fecha de corte mensual para la liquidación del beneficio, el día 20 o hábil siguiente de cada mes, oportunidad en que se procederá a elaborar la liquidación del beneficio con la correspondiente emisión de una ORDEN DE PAGO INDIVIDUAL suscripta por los responsables autorizados, en tantas copias como sean necesarias para permitir la rendición de la entidad bancaria respecto de los pagos realizados y la rendición de cuentas por parte del Servicio Administrativo de los beneficios efectivizados, para su percepción por las ventanillas habilitadas por la entidad bancaria, las que posteriormente serán remitidas al Servicio Administrativo de Salud Pública para su verificación, registración, pedidos de fondos y transferencias que posibiliten su pago y demás aspectos legales y reglamentarios que correspondan.-

ARTICULO 13°.- ESTABLECESE como asignación una ayuda mensual de PESOS DOSCIENTOS (\$ 200) para el 6°, 7° y 8° mes de embarazo y al momento de la presentación del DNI del recién nacido, dentro de los 45 días del nacimiento, una ayuda de PESOS CUATROCIENTOS (\$ 400), juntamente con un ajuar para el bebé, destinado a todas las mujeres Argentinas residentes en la Provincia de Misiones con DNI o constancia de su estado en trámite por ante el Registro Nacional de las

Personas, que no tengan ningún tipo cobertura de obras sociales en el ámbito municipal, provincial y nacional, que se encuentran incluidas en el Plan Materno Infantil de la Provincia, que se encuentran incluidas en el Plan Nacer.-

ARTICULO 14°.- ESTABLECESE que una vez disponible los fondos en la entidad bancaria, la autoridad de aplicación determinará por medio del REGLAMENTO OPERATIVO DEL PLAN PROVINCIAL MAMA, los requisitos para la emisión de las órdenes de pago a las beneficiarias.-

ARTICULO 15°.- LOS GASTOS que demande el cumplimiento del presente decreto serán afectados a las partidas específicas del Ministerio de Salud Pública.-

ARTICULO 16°.- REFRENDARAN el presente Decreto los Señores Ministros-Secretarios de Estado de: Salud Pública, General y de Coordinación de Gabinete de Hacienda, Finanzas, Obras y Servicios Públicos, de Gobierno, de Trabajo y Empleo y de Derechos Humanos, de Desarrollo Social, la Mujer y la Juventud y de Cultura y Educación.-

ARTÍCULO 17°.- REGISTRESE. Comuníquese, dése a publicidad. Tomen conocimiento Ministerios-Secretarías de Estado de: Salud Pública, de Hacienda, Finanzas, Obras y Servicios Públicos, General y de Coordinación de Gabinete, de Gobierno, de Trabajo y Empleo, de Derechos Humanos, Contaduría General de la Provincia, Dirección General de Presupuesto. Cumplido, ARCHIVESE.-

CLOSS – Guccione – Escobar – Hassan – Franco – Gauto – SoriaVieta – Losada - Passalacqua

REGLAMENTO OPERATIVO DEL “PLAN PROVINCIAL MAMÁ”

I. BENEFICIARIAS

1.1. Serán beneficiarias del PLAN PROVINCIAL MAMÁ todas aquellas mujeres embarazadas con Documento Nacional de Identidad (DNI) que se encuentren inscriptas al citado Programa entre la 26ta. semana de gestación (estén en su 6to. mes de embarazo) hasta la fecha de nacimiento, sin cobertura de salud, inscriptas en el Plan Nacer y domiciliadas en la Provincia de Misiones.

2. REQUISITOS

2.1. Los requisitos para la inscripción al PLAN PROVINCIAL MAMÁ y percibir sus asignaciones son los siguientes:

-
- a) Presentar certificado médico de embarazo, con detalle de semana de gestación (SG), fecha de la última menstruación (FUM) y fecha probable de parto (FPP), firmado y sellado por el profesional matriculado en la Provincia, con la fecha de emisión.
 - b) Que la embarazada no posea cobertura de salud en el ámbito municipal, provincial o nacional, ni la adquiera durante el embarazo o el parto.
 - c) Que la embarazada sea beneficiaria del Plan Nacer o se inscriba al mismo.
 - d) Presentar fotocopia de DNI en donde conste nombre y apellido, número de documento y último domicilio de la embarazada.
 - e) Si la embarazada es menor de edad no emancipada, deberá presentar también fotocopia de DNI de la madre o del padre y fotocopia de la partida de nacimiento.
 - f) Que la embarazada tenga domicilio en la Provincia de Misiones, con al menos seis (6) meses de antelación a la fecha de inscripción.
 - g) Presentar ficha de inscripción al Plan Nacer del recién nacido.
 - h) Presentar fotocopia del DNI del niño/a dentro del término de cuarenta y cinco (45) días de la fecha del parto.

3. REGISTRO ÚNICO DE BENEFICIARIAS

3.1. El Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones (MSP) gestionará el REGISTRO ÚNICO DE BENEFICIARIAS que funcionará en el ámbito de la Unidad de Gestión del Seguro Materno Infantil Provincial (UGSP) del Plan Nacer del citado Ministerio, de acuerdo con las normas y procedimientos administrativos establecidos por el PLAN PROVINCIAL MAMÁ. Se define como REGISTRO ÚNICO DE BENEFICIARIAS al listado de mujeres embarazadas confeccionada en la UGSP que cumplan con los requisitos establecidos por el PLAN PROVINCIAL MAMÁ.

3.2. El MSP tendrá facultades para establecer, modificar, ampliar o reducir por Resolución Ministerial los controles médicos a que habrán de someterse las beneficiarias en el transcurso de sus embarazos y los niños/as recién nacidos/as.

3.3. La UGSP efectuará las tareas de consolidación de las inscripciones recibidas y deberá tomar todas las medidas razonables de control que sean necesarias para garantizar que las embarazadas que se inscriban al PLAN PROVINCIAL MAMÁ cumplan con las exigencias establecidas en el referido Programa. Para ello deberá cotejar los datos de las inscripciones con el Padrón Único Consolidado Operativo (PUCO) emanado de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Asimismo, conformará el REGISTRO ÚNICO DE BENEFICIARIAS, el cual estará disponible para ser consultado por la población que lo solicite en forma libre y gratuita a través de la página web oficial del MSP:

www.misiones.gov.ar/salud. La fecha de inscripción al PLAN PROVINCIAL MAMÁ será la fecha que consta en el formulario de inscripción al Plan Nacer firmado por la madre embarazada. En caso de rechazo se informarán las causas del mismo. La información de las personas dadas de baja se conservará en un archivo de registros históricos.

4. DEPURACIÓN DEL REGISTRO ÚNICO DE BENEFICIARIAS

4.1. La UGSP depurará el REGISTRO ÚNICO DE BENEFICIARIAS de la siguiente manera:

a) La UGSP cotejará mensualmente el REGISTRO ÚNICO DE BENEFICIARIAS con el PUCO y en caso de detectar que una embarazada posea alguna cobertura social, la dará de baja del REGISTRO inmediatamente.

b) La UGSP efectuará periódicamente distintos procesos que determinarán si las beneficiarias inscriptas continúan cumpliendo los requisitos para permanecer en el PLAN PROVINCIAL MAMÁ o, por el contrario, si existen inobservancias que impliquen darlas de baja del mencionado REGISTRO (Ejemplo: interrupción del embarazo, fallecimiento de la beneficiaria, o cualquier otro motivo que desvirtúe los objetivos del Programa.).

c) Asimismo, la UGSP procederá a la depuración del REGISTRO según lo indicado por el resultado de las auditorías que se realicen. La UGSP y el MSP estarán facultados para realizar auditorías y requerir a los Centros de Inscripción toda aquella información que permita certificar la veracidad de la información enviada, como historias clínicas o cualquier otra documentación que se estime conveniente, pudiendo efectuar también entrevistas a beneficiarias, visitas a hogares, etc.

5. CENTROS DE INSCRIPCIÓN

5.1. La inscripción de beneficiarias se realizará en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), Hospitales y demás dependencias que el MSP de la Provincia de Misiones habilite a tal efecto. A los fines de la inscripción al PLAN PROVINCIAL MAMÁ se utilizarán los formularios de inscripción del Plan Nacer.

5.2. Los Centros de Inscripción deberán cotejar el número de DNI de la embarazada que solicita inscribirse al PLAN MAMÁ con el PUCO actualizado que le suministra la

UGSP en el marco del Plan Nacer. En caso de verificarse que la embarazada no posee cobertura social, se deberá completar el formulario de inscripción al Plan Nacer y fotocopiar las partes pertinentes del DNI, de donde surja el nombre completo, número de documento y último domicilio de la embarazada.

El único instrumento idóneo para identificar a la beneficiaria es el DNI expedido por el Registro de las Personas, no aceptándose ningún otro medio de identificación. No se aceptará para la inscripción las constancias de extravío del DNI.

5.3. Los Centros de Inscripción tienen la obligación de arbitrar los medios para remitir la documentación referente al PLAN PROVINCIAL MAMÁ (formulario de inscripción al Plan Nacer, certificados médicos y fotocopias del DNI) a la UGSP con una periodicidad no mayor que semanal.

5.4. Los Centros de Inscripción deberán informar inmediatamente la interrupción de los embarazos de las beneficiarias, como así también los fallecimientos de las embarazadas o de sus recién nacidos a la UGSP, para que ésta última proceda a efectuar la baja al REGISTRO. Este informe debe contener:

- a) nombre, DNI y domicilio de la beneficiaria;
- b) fecha de la interrupción del embarazo o del fallecimiento de la beneficiaria o del niño recién nacido;
- c) causas de la interrupción del embarazo o del fallecimiento de la beneficiaria o del niño recién nacido y
- f) fecha, firma y sello del profesional médico.

5.5. Los Centros de Inscripción deberán, asimismo, efectuar a las madres embarazadas y recién nacidos los controles médicos que establezca el MSP.

5.6. El Centro de Inscripción tendrá la responsabilidad de proveer a las beneficiarias información relativa al PLAN PROVINCIAL MAMÁ, explicitando sus derechos y obligaciones.

6. CUENTA BANCARIA

6.1. El MSP gestionará la apertura de una cuenta bancaria especial en el Banco Macro Bansud S.A. denominada PLAN PROVINCIAL MAMÁ para los fines exclusivos y excluyentes de administrar los fondos provenientes de Rentas Generales de la Provincia destinados al funcionamiento del Programa.

6.2. Una vez que la UGSP efectúe la validación y consolidación del REGISTRO ÚNICO DE BENEFICIARIAS, informará el día diez (10) o hábil siguiente de cada

mes la liquidación de las asignaciones al Servicio Administrativo del MSP para que éste último proceda a realizar la afectación preventiva presupuestaria y el correspondiente pedido a Tesorería para que se transfieran los fondos a la cuenta bancaria especial denominada PLAN PROVINCIAL MAMÁ, emitiéndose posteriormente órdenes de pago individuales, suscriptas por los responsables autorizados, en tantas copias como sean necesarias para efectuar posteriormente las rendiciones. El Banco Macro Bansud S.A. abonará las asignaciones a las beneficiarias por las ventanillas que habilite a tal fin y posteriormente rendirá los pagos realizados al Servicio Administrativo del MSP para su registración, afectación definitiva y demás aspectos legales y reglamentarios que correspondan. Las asignaciones estarán disponibles en el Banco para ser percibidas por las beneficiarias durante un plazo de treinta (30) días.

7. PAGO DE ASIGNACIONES

7.1. A todas aquellas mujeres que figuren en el REGISTRO ÚNICO DE MADRES se les abonará a partir del 1° de enero de 2009 una asignación mensual de Pesos Doscientos (\$ 200) correspondiente al 6to., 7mo. y 8vo. mes del embarazo y de Pesos Cuatrocientos (\$ 400) correspondiente al nacimiento. Los pagos se realizarán de la siguiente manera:

- a) A las mujeres embarazadas que se encuentren inscriptas al PLAN PROVINCIAL MAMÁ entre la semana 26 hasta la semana 29 de gestación, se les abonará \$ 200, correspondiente al 6to. mes de embarazo.
- b) A las mujeres embarazadas que se encuentren inscriptas al PLAN PROVINCIAL MAMA entre la semana 30 hasta la semana 33 de gestación, se les abonará \$ 200, correspondiente al 7mo. mes de embarazo.
- c) A las mujeres embarazadas que se encuentren inscriptas al PLAN PROVINCIAL MAMÁ entre la semana 34 hasta la semana 37 de gestación, se les abonará \$ 200, correspondiente al 8vo. mes de embarazo.
- d) A las mujeres que se encuentren inscriptas al PLAN PROVINCIAL MAMÁ a la fecha en que hayan dado a luz un niño/a vivo/a, se les abonará \$ 400 correspondiente al nacimiento, previa acreditación de haber gestionado el DNI del niño y su inscripción al Plan Nacer.

7.2. El pago de las asignaciones correspondientes al 6to., 7mo. y 8vo. mes de embarazo está condicionado a que la mujer se encuentre efectivamente inscripta en

el REGISTRO ÚNICO DE BENEFICIARIAS y cumpla al menos una de las semanas de gestación comprendidas en cada uno de dichos meses de embarazo (Ejemplo, si la mujer se inscribe en la semana 29 de gestación, podrá percibir la asignación del 6to. mes de embarazo; pero si se inscribe en la 30 semana, no tendrá derecho a percibir la asignaciones del 6to. mes, sino la del 7mo.).

7.3. El pago de la asignación correspondiente al nacimiento está condicionado a que se inscriba al recién nacido/a al Plan Nacer y se presente dentro del término de cuarenta y cinco (45) días de la fecha del parto fotocopia del DNI del niño/a. El único instrumento idóneo para identificar al niño/a es el DNI expedido por el Registro de las Personas, no aceptándose ningún otro medio de identificación. Los partos con nacimientos múltiples no generan derecho a la percepción de asignación adicional alguna.

7.4. La interrupción del embarazo, el fallecimiento de la beneficiaria o del niño/a recién nacido/a implicará la baja automática del REGISTRO e impedirá el pago de las asignaciones por embarazo o nacimiento.

7.5. Para percibir las asignaciones del PLAN PROVINCIAL MAMÁ, la beneficiaria, su representante legal o apoderado, deberá concurrir a la sucursal más cercana del Banco Macro Bansud S.A. y exhibir su D.N.I. No se aceptará la constancia de extravío de DNI, ni ningún otro instrumento que sirva para identificar a la beneficiaria, a su representante legal o apoderado.

7.6. La beneficiaria menor de edad que no esté emancipada solamente podrá percibir las asignaciones por intermedio de sus representantes legal (madre o padre o tutor).

7.7. Aquella beneficiaria que se encuentra imposibilitada para movilizarse y acredite tal circunstancia con certificado médico, podrá otorgar poder a otra persona hábil para percibir en el Banco Macro Bansud S.A. las asignaciones del PLAN PROVINCIAL MAMÁ, conforme al modelo de Carta Poder que se adjunta en el presente Reglamento Operativo.

La autenticidad de las firmas y de los demás datos que obren en la Carta Poder deberán ser certificadas por Escribano, Intendente, autoridad judicial, funcionario policial, o Director del Hospital. La Carta Poder deberá presentarse ante el MSP acompañada del certificado médico que acredite que la beneficiaria no puede

movilizarse, fotocopia de DNI del apoderado y una nueva ficha de inscripción al Plan Nacer, con la leyenda “modificación de datos”.

MODELO CARTA PODER

Quien suscribe.....
 argentina, hábil, mayor de edad titular del DNI N°.....
 beneficiaria del Plan Provincial Mamá,.....
 domiciliada en....., otorga
 poder a.....,
 argentino, hábil, mayor de edad, titular del DNI N°.....
 domiciliado en

para que en su nombre y representación perciba las asignaciones establecidas por el Programa citado, con facultad para suscribir recibos y demás resguardos que se exijan o puedan exigir, declarando que el presente poder quedará subsistente sin restricción o modificación alguna, hasta tanto se presente ante la autoridad de aplicación del Plan Provincial Mamá (Ministerio de Salud Pública) la revocación expresa del mismo, ya sea por escritura pública o por nueva carta poder, sin cuyo requisito se tendrá por válido este poder. La poderdante releva al Ministerio de Salud Pública y a la Provincia de Misiones de las consecuencias de este mandato por los actos de su apoderado.

 Firma de la apoderado

 Firma de la poderdante

CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que se indican y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia.

 Lugar y fecha

 Firma y sello del funcionario certificante

Beneficios del Plan, Inscripción y Acceso al Pago

Los beneficios del Plan es brindar a las embarazadas y recién nacidos las prestaciones necesarias para cuidar su salud, en forma gratuita; dar una ayuda mensual de Doscientos Pesos para el 6º, 7º y 8º mes de embarazo y de Cuatrocientos Pesos si dentro de los 45 días del nacimiento presenta fotocopia del DNI del recién nacido y su inscripción al Plan Nacer; proveer de DNI "0 años" en el ámbito de las maternidades y delegaciones del Registro Provincial de las Personas; facilitar la accesibilidad a las madres para la finalización de sus estudios; incluir a las madres de la comunidad Guaraní y darle herramientas a las madres que le permitan sustentabilidad laboral después del nacimiento del niño. Está destinado a las mujeres embarazadas, con DNI, residentes en la Provincia, que no tengan cobertura de obra social y que se encuentran inscriptas en el Plan Nacer.

La inscripción se realiza en el CAPS u Hospital, con la ficha de inscripción del Plan Nacer, fotocopia DNI, certificado médico de embarazo con detalle de semana de gestación, fecha de la última menstruación y fecha probable de parto, firmado y sellado por el profesional matriculado en la Provincia, con la fecha de emisión. Si la embarazada es menor de edad (21 años) deberá presentar fotocopia del DNI de la madre, padre o tutor, con fotocopia que acredite el parentesco (partida de nacimiento), en caso de ser menor emancipada por matrimonio deberá presentar fotocopia de la partida de matrimonio o libreta de casamiento. Si es por habilitación de edad, deberá presentar fotocopia del instrumento público (escritura pública o sentencia judicial) inscripto en el Registro de las Personas. La embarazada se podrá inscribir en cualquier etapa del embarazo pero antes del parto.

En el caso que el CAPS compruebe que la embarazada ya está inscripta en el Plan Nacer, pero no presentó la demás documentaciones, deberán remitir la documentación faltante junto a una nueva ficha de inscripción al Plan Nacer con la leyenda "modificación de datos". El Centro deberá remitir la documentación de inscripción al Ministerio con una periodicidad no mayor a una semana.

"Las embarazadas podrán verificar si se encuentran registradas como beneficiarias del Plan Mamá accediendo a la página web oficial del MSP:

www.misiones.gov.ar/salud.²⁶⁴

Para cobrar la ayuda mensual deberá concurrir con su DNI al Banco Macro más cercana a su domicilio. Cuando por problemas de salud no pueda concurrir al Banco, el Centro de Salud notificará al Ministerio de Salud que la embarazada va a cobrar por intermedio de un apoderado.

Comenzó el pago de este beneficio en el mes de febrero de 2009, correspondiéndole el cobro a las embarazadas del 6° al 8° mes de embarazo o a quien haya dado a luz y presente la fotocopia del DNI del recién nacido y su inscripción en el Plan Nacer.

²⁶⁴ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES. (2009). *Plan Mamá*. Disponible en http://www.salud.misiones.gov.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=1598&Itemid=1
Fecha de acceso: 17 de marzo de 2011.

Anexo XXIII - Programa Hambre Cero Inscripción

El Centro de Cómputos de la Provincia de Misiones desarrolló el registro Único de Beneficiarios Sociales de Misiones, que surge como soporte del Programa Hambre Cero lanzado por el Gobernador en mayo de 2010.

Este sistema incluye los datos de los Beneficios Sociales otorgado a cualquier ciudadano, lo cual posibilita su seguimiento y vinculación de los servicios y necesidades. Permite mantener un padrón social único actualizado en forma permanente, permitiendo elaborar estadísticas basadas en el historial de los beneficiarios lo que permitirá evaluar el impacto de las políticas ejecutadas en la población.

Anexo XXIV – Agenda y Requisitos para una Reunión Eficaz

AGENDA			
Actividad Clave	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Incluir en el orden del día
Conocimiento - Aprendizaje			
Formación del Equipo de Trabajo. Planificación	01/01/15	10/01/15	02/01/15 a las 8 hs. 10/01/15 a las 8 hs.
Identificación de procesos y mapa Priorizar los procesos Coordinador	11/01/15	31/01/15	13/01/15 a las 8 hs. 20/01/15 a las 8 hs 27/01/15 a las 8 hs
Equilibrio			
Definir procesos y límites	01/02/15	28/02/15	03/02/15 a las 8 hs. 24/02/15 a las 8 hs.
Identificar necesidades del cliente	01/03/15	15/04/15	03/03/15 a las 8 hs. 07/04/15 a las 8 hs.
Flujos, diagramas	16/04/15	31/05/14	21/04/15 a las 8 hs. 19/05/15 a las 8 hs.
Coste, métricas	01/06/15	30/06/15	09/06/15 a las 8 hs. 23/06/15 a las 8 hs.
Control			
Monitoreo de Indicadores	01/07/15	31/10/15	07/07/15 a las 8 hs. 18/08/15 a las 8 hs. 29/09/15 a las 8 hs. 27/10/15 a las 8 hs.
Evaluación de la Gestión	01/11/15	30/11/15	03/11/15 a las 8 hs. 24/11/15 a las 8 hs.
Evaluación de Procesos	01/12/15	31/12/15	08/12/15 a las 8 hs. 22/12/15 a las 8 hs.

Fuente: Elaboración propia

Requisitos para una reunión eficaz

Orden del Día de la Reunión. Se debe detallar los distintos temas a tratar en cada reunión que deben coincidir con lo especificado en la agenda establecida para cada Etapa. El Coordinador del Equipo es quien convocará a la reunión, enviando a

los miembros los temas a tratar en el orden del día. El Secretario tendrá un libro de actas habilitado para registrar las actuaciones.

Desarrollo de la reunión. La puntualidad será una exigencia instalada para su comienzo. El Coordinador debe generar una dinámica de grupo creando un clima favorable para la participación de todos los miembros, estimulando la creatividad y el aporte de ideas, evitando interrupciones innecesarias. La reunión será como máximo cuatro horas de duración, con una interrupción de treinta minutos. Cada reunión comienza con la lectura, por parte del Secretario, del acta correspondiente a la reunión anterior y su posterior aprobación. El Coordinador modera la reunión siguiendo con los puntos previstos en el orden del día.

Analizado todos los temas el Coordinador elabora una síntesis de los avances conseguidos, si ha quedado algo pendiente fijará el responsable y la tarea que resolverá el problema. Se formulan los objetivos para la próxima reunión, se distribuyen las tareas y culmina la reunión.

Libro de actas de las reuniones. Es el documento formal donde se transcriben los aspectos esenciales de la labor del Equipo de Trabajo en cada reunión que se concreten durante el desarrollo del proyecto. Lo confecciona el Secretario. El acta debe ser breve y explícito, deberá reflejar la información estructurada de la siguiente información, fecha y hora de inicio y finalización; los miembros asistentes a la reunión, los ausentes y los que han disculpado su ausencia; el orden del día previsto; las acciones completadas y las pendientes de finalización, las delegaciones de las tareas y distribución de trabajo.

La memoria que debe confeccionar el Coordinador, ayudado por el Secretario, al finalizar el proyecto, debe contener la siguiente información: el número de reuniones formales e informales, las horas totales invertidas, la valoración de los miembros del equipo, abandono de los miembros y causas, factores facilitadores y limitantes de las reuniones (lugar de reunión, equipamientos, medios de soporte).

Anexo XXV – Cronograma de Actividades

Estrategia Objetivo Operativo	Año 2015											
	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Optimización de la Organización del Centro												
1. Mejorar la estructura edilicia y la tecnología del instrumental médico	■	■	■	■	■	■						
2. Mejorar la estructura tecnológica de comunicación							■					
3. Desarrollar un sistema informático						■	■	■	■	■	■	■
4. Capacitar al personal del Centro						■	■	■	■	■	■	■
Mejorar la calidad de la información												
1. Gestión de datos clínicos									■	■	■	■
2. Historia clínica electrónica									■	■	■	■
3. Tarjeta Sanitaria									■	■	■	■
Mejora en la situación laboral del RRHH												
1. Política de Seguridad Laboral	■	■	■	■	■	■						
2. Incorporar RRHHs/estructura organizativa definida							■	■				
3. Tiempo y unificación de la atención							■	■				
Optimización de la Gestión												
1. Capacitación de RRHH en TIC							■	■				
2. Implicación profesional								■	■	■	■	
Sistema de Calidad												
1. Mejora en la percepción de los resultados							■	■	■	■	■	■

Fuente: Elaboración propia

Anexo XXVI – Retribución y Funciones derivadas del Puesto de Trabajo del Coordinador

Retribución. Será el salario establecido para la escala salarial del personal municipal, más un complemento de productividad en base a la obtención del objetivo específico del proceso establecido al efecto por la autoridad competente.

Las funciones derivadas del puesto de trabajo son:

Satisfacer las necesidades de los clientes en el proceso. Identificar las necesidades de accesibilidad de los pacientes a lo largo de todo el proceso; observar los recursos del paciente, de su familia, la protección social y remitir esa información al asistente social.

Función normativa de cuidados. Referente a la monitorización del plan específico del proceso, detectar que el paciente esté incluido en el proceso, verificar si el paciente conoce el nombre del profesional que le atiende, de la enfermera del Centro; asegurar que la valoración del paciente esté perfectamente registrada; informar a la paciente sobre los beneficios del Plan Nacer y de las inmunizaciones.

Gestor de recursos estructurales. Promover la capacitación y formación de los RRHH en la gestión clínica del proceso; informar a todo el plantel del proceso sobre cambios en la normativa o clínicas; verificar el uso adecuado de los insumos; evaluar el consumo de los recursos.

Control y evaluación del proceso. Diseñar una base de datos para el control de gestión del proceso; establecer las medidas de rendimiento y los límites del control del proceso: tasas de pacientes seguido en el proceso, tiempo de ejecución del proceso, tasa de continuidad del paciente. Establecer medidas de calidad; presentar a la Dirección de APS un informe de resultados mensuales y una memoria anual sobre la gestión del proceso.

Anexo XXVII - Voz del Usuario**PROCESO PLAN NACER – ENTREVISTA**

1. Cómo fue recibida en el CAPS, por el profesional enfermero

2. Recibió la información necesaria del Plan Nacer, le resultó clara

3. Recibió ayuda para llenar la ficha de ingreso al padrón de beneficiarios. Las indicaciones fueron dadas en un trato cordial

4. Fue atendida según la hora del turno de la citación

5. El sector de espera, el consultorio, etc. le resultó cómodo

6. El trato del médico fue cordial, entendió lo que le explicó durante la consulta, fue competente

7. El tiempo de duración de la consulta le pareció suficiente para su situación particular

8. Recibió información clara y suficiente sobre los controles médicos que aún le restan en su embarazo

9. Conoce el nombre de su médico

10. En la consulta médica del niño, el médico fue competente, entendió las instrucciones y explicaciones recomendadas

11. Al momento de completar el calendario de vacunación, recibió la información necesaria brindada por las enfermeras, el procedimiento de la puesta de la vacuna le pareció apropiado

12. Qué opiniones aportaría para mejorar los servicios del CAPS

Fuente: Elaboración propia