

# UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

Facultad de Ciencias  
Sociales y Administrativas

Maestría en Administración de Ciencias de Salud

Profesor: Licenciada Alida Maturano

Mendoza, 24 Setiembre de 2001

TITULO DE LA TESIS:

**REINGENIERIA DE LA ADMINISTRACION DEL  
CENTRO DE SALUD 14**

Autor: Dra. Gladys Fernández de Magistocchi

Mendoza, setiembre de 2001

**CALIFICACIÓN:**

**INDICE:**

<b><u>Numeral</u></b>	<b><u>Título</u></b>	<b><u>Hoja</u></b>
	Introducción	6
1	Título	8
2	Proposición	8
2.1	Definición formal de reingeniería	8
2.2	Propuesta	9
3	Justificación	11
3.1	El concepto de reingeniería	11
3.2	Calidad en los servicios	12
3.2.1	Planificar la calidad	13
3.2.2	Gestionar la calidad	15
3.2.3	Controlar la calidad	17
4	Objetivos	20
5	Fuentes de información	21
5.1	Centros de Salud	21
5.1.1	Datos sobre la organización	21
5.1.2	Recurso humano que allí se desempeña	21
5.1.3	Horarios de trabajo	22
5.1.4	Actividades que realiza el Centro de Salud	22
5.2	Epidemiología	22
5.3	Bioestadística	23
5.4	Registro único de Salud	23
6	Metodología	24
6.1	Introducción	24
6.2	Método	25
6.3	Desarrollo	25
6.3.1	Mejorar la calidad de atención al usuario	25
6.3.1.1	Adecuación de los recursos a las necesidades	25
6.3.1.1.1	Cálculo del recurso humano	25
6.3.1.1.2	Adecuación de la infraestructura	27
6.3.1.1.3	Adecuación del equipamiento	28
6.3.1.1.4	Aporte de insumos	29
6.3.1.2	Atención	30

6.3.1.2.1	Acceso	30
6.3.1.2.2	Atención médica	31
6.3.2	Administración y capacitación	33
6.3.2.1	Mejorar la administración del Centro de Salud	33
6.3.2.2	Capacitación del gerenciamiento	35
6.2.3.3	Capacitación en manejo de programas de comp.	36
6.2.3.4	Definición de funciones	37
6.3.3	Desarrollar participación comunitaria	37
7	Desarrollo	39
7.1	Mejorar la atención al usuario	39
7.1.1	Adecuación de los recursos a las necesidades	39
7.1.1.1	Cálculo del recurso humano	39
7.1.1.2	Adecuación de la infraestructura	44
7.1.1.3	Adecuación del equipamiento	45
7.1.1.4	Aporte de insumos	46
7.1.2	Atención	46
7.1.2.1	Acceso	46
7.1.2.2	Atención médica	48
7.2	Administración y capacitación	49
7.2.1	Mejorar la administración del Centro de Salud	49
7.2.1.1	Definición de funciones	49
7.2.1.2	Definición del organigrama	52
7.2.2	Capacitación en gerenciamiento	53
7.3	Desarrollo de la participación comunitaria	54
8	Conclusiones	58
9	Bibliografía	60

## **Introducción:**

La provincia de Mendoza cuenta con una población de 1.629.937 habitantes, según los datos proyectados del censo 1991, políticamente se encuentra dividida en 18 departamentos que a su vez se dividen en distritos.

Es interesante conocer como está estructurado el sistema público de salud a fin de poder ubicar al Centro de Salud N° 14 objeto de la presente tesis, el mismo es responsabilidad del Ministerio de Desarrollo Social y Salud. Este ministerio está dividido en dos subsecretarías:

- a) Desarrollo Social de la cual dependen numerosos programas sociales y el instituto provincial de la vivienda.
- b) Salud está compuesta por tres direcciones, éstas son:

- Dirección de hospitales, de la misma dependen todos los hospitales públicos, independiente de su complejidad.
- Dirección de atención primaria, de ella dependen los 246 centros de salud que se encuentran distribuidos en la totalidad del territorio provincial habitado. La complejidad de estos centros va desde:
  - a) el grado I: dispone de enfermero permanente y un médico algunos días de la semana.
  - b) el grado II: dispone de las clínicas básicas: pediatría, clínica y gineco- obstetricia, puede además disponer de laboratorio y algunas especialidades, según su ubicación geográfica.
  - c) el grado III: existe uno por departamento, es el centro cabecera cuenta con equipo de rayos X, ecografía, laboratorio y algunas especialidades: cardiología, dermatología, oftalmología y algunas otras. Concentra la información estadística de los centros satélites, distribuye los medicamentos y otros insumos.

Complementariamente existen otros 64 centros de salud de dependencia municipal. (En los últimos cinco años el número total de centros de salud se incrementó en un 20%).
- Dirección de Promoción de la salud, Maternidad e Infancia de esta área dependen alrededor de veinte programas preventivos.

El análisis de la distribución del presupuesto del Ministerio de Desarrollo social y Salud nos permite conocer con qué recursos cuentan los centros de salud para su desempeño. Redondeando las cifras, el presupuesto de este ministerio para el año 2001 asciende a \$ 440 millones, de este valor se destinan para el área de salud los siguientes montos: \$ 180 millones para la Dirección de hospitales, \$ 24 millones para la Dirección de atención primaria, \$ 11 millones para la Dirección de promoción de la salud y \$ 34 millones para gastos reservados del ministerio. De alguna manera esta distribución del presupuesto está marcando las prioridades determinadas por las autoridades.

El departamento de Guaymallén, donde se ubica el centro de salud elegido para esta reingeniería, cuenta con una población estimada de 254.060 habitantes. Su tasa de natalidad es del 21,9 recién nacidos por cada 1000 habitantes( ligeramente superior a la

media de la provincia que está en 21,2 ). Su tasa de mortalidad general es de 7 muertos por cada 1000 habitantes (media de la provincia 6,7) y su tasa de mortalidad infantil es 14,1 muertos menores de un año por cada 1000 nacidos vivos(promedio provincial 14,3). De las 68 muertes, sólo 1 corresponde al distrito de Belgrano. Analizando la evolución de la tasa de mortalidad infantil, en el departamento, en los cinco últimos años ha disminuido en un 15,6 %.

Para conocer la población asignada a este establecimiento, nos remitimos al censo nacional de población y vivienda de 1991, el cual muestra que el distrito Belgrano tenía una población de 38.135 personas (de las cuales 18.754 son varones y 19.381 son mujeres) y 9.549 viviendas. El dato más actualizado disponible señala una leve reducción de la población distrital, es así que según la base de datos del RUS( Registro único de salud) realizado en el año 1998 la estadística de población correspondiente al centro de salud 14, consta con una población de 35.024 personas, de los cuales 8.939 declararon poseer obra social, lo que representa el 25,52%.

Según su nivel de instrucción:	Personas:
Analfabetos	6.047
Primaria incompleta	10.588
Primaria completa	8.336
Secundaria incompleta	5.870
Secundaria completa	2.495
Universitaria incompleta	785
Universitaria completa	261

Tomando en cuenta la información provista por el censo que realizó Promin (Programa materno infantil y nutricional) en 1996, le asignó a este centro de salud una población de 19.635 personas que tenían la característica de ser personas con sus necesidades básicas insatisfechas. La distribución de esta población estaba compuesta por los siguientes grupos etáreos:

Total niños menores de 1 año(embarazadas esperadas)	523
Total niños de 0 a 5 años	3.371
Total niños de 6 a 13 años	3.965
Total de mujeres en edad fértil	4.863

Según este censo la tasa de natalidad era de 26.64 por mil habitantes, ampliamente superior a la media del departamento 21.9. Estos datos serán después tenidos en cuenta para el cálculo del recurso humano de este centro de salud para cubrir las necesidades de su población asignada.

De esta manera se ha ubicado al Centro de Salud N° 14 dentro de la provincia, que cuenta con su nivel de complejidad grado II y se expresaron sus parámetros socio-económicos lo que permiten tener una idea clara de la situación del mismo. En el presente trabajo se analizará detalladamente el centro de salud, describiendo su situación presente y proponiendo una reingeniería.

## 1 – Título:

### **Reingeniería de la administración del centro de salud N°14**

## 2 - Proposición

*El objetivo específico de esta tesis es el de diseñar una reingeniería para el Centro de Salud N° 14 – Guaymallén - Mendoza a través de una metodología que apuntará a la calidad del servicio en primer término y su economía en segundo.*

*Estudiar un centro de salud para realizar su “reingeniería”, es el tema a desarrollar en la presente Tesis y constituye un interesante desafío por cuanto estamos en presencia de una unidad de servicios muy particular. Sus funciones son complejas ya que no solamente debe satisfacer a sus clientes o usuarios que concurren a recibir sus prestaciones, sino que tiene la responsabilidad de mantener la salud de toda la población asignada al mismo ya que es el ejecutor, por excelencia, de la salud pública. Esto último significa la realización de actividades de promoción de la salud, así como la identificación de personas que requieren atención y no concurren o que hacen abandono de sus tratamientos y/o controles médicos; es decir que también debe encargarse de satisfacer a la totalidad de la comunidad, tanto para los usuarios activos como para los pasivos, arbitrando los medios para que estos últimos mantengan los niveles de salud requeridos y que generalmente, no son solicitados y a veces, hasta rechazados.*

A los efectos de definir esta propuesta repasaremos brevemente algunos conceptos de reingeniería:

*2.1 - Definición formal de reingeniería<sup>1</sup>: La reingeniería es la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento, tales como, costos, calidad, servicio y rapidez.*

De esta definición se pueden distinguir cuatro palabras claves que hacen a la reingeniería:

*Fundamental: La reingeniería empieza sin ningún preconcepto, sin dar nada por sentado. En efecto, las organizaciones que emprenden la reingeniería deben cuidarse de los supuestos que la mayoría de los procesos ya se han arraigado en ellas. (Veremos en los próximos párrafos lo importante de este concepto por cuanto estamos ante entes no reglamentados pero de más de medio siglo de funcionamiento por tradición y voluntarismo).*

---

<sup>1</sup> HAMMER, Michel; CHAMPY, James. Reingeniería. NANNETTI, Jorge (Harper Collins Publishers Inc, 1994) Pág. 34

*Radical:* significa llegar hasta la raíz de las cosas, no es simplemente efectuar cambios superficiales, ni tratar de arreglar lo que ya está instalado, sino abandonar lo obsoleto. Reingeniería significa descartar todas las estructuras y los procedimientos existentes y diseñar maneras enteramente nuevas de realizar el trabajo. En el caso de la salud priorizando el concepto de calidad de servicio, que es su gran debilidad.

*Espectacular:* la reingeniería no trata de hacer mejoras marginales o incrementales sino de dar saltos gigantescos en rendimiento; en este caso, tanto para el paciente(usuario) como para el Estado(prestador).

*Proceso:* esta expresión alude al concepto más importante entre las señaladas, ya que se refiere a un conjunto de actividades que recibe uno o más insumos y crea un producto de valor para el cliente o usuario, en nuestro caso paciente.

Nos enfrentamos con el desafío que no existe una clara idea de proceso, por tanto su aplicación y evaluación son imposibles de materializar desde un punto de vista riguroso; tal como ya se señaló los procesos están dados por criterios de valoración basados principalmente en tradición, costumbre, voluntarismo y conveniencias personales.

## 2.2- Propuesta

La propuesta concreta que se aborda en el presente trabajo se basa en los aspectos siguientes:

### a) Mejorar la calidad de atención al usuario.

De esta manera se trabajará en:

- Adecuar los recursos a las necesidades de la población
- Optimizar la atención médica, respondiendo a estándares de calidad y normas adecuadas
- Disminuir los tiempos de espera
- Evaluar continuamente la calidad

Obteniendo de este modo:

- Satisfacción del usuario
- Reducción en costos de medicamentos, estudios complementarios y derivaciones

### b) Mejorar la administración del centro de salud

De esta manera se trabajará en:

- Implementar de programas informáticos de seguimiento
- Capacitar en gerenciamiento
- Determinar las funciones
- Evaluar continuamente los procesos

Obteniendo de este modo: Optimización del recurso humano y físico  
Reducción en costos administrativos y operativos  
Se mejora la calidad y cantidad de la información estadística y epidemiológica

*d) Lograr la participación comunitaria de la población objeto*

De esta manera se trabajará en: Implementar programas de salud  
Mejorar el seguimiento de grupos predeterminados (embarazadas, niños menores de un año, desnutridos, diabéticos, hipertensos, etc.)  
Concientizar a la población del autocuidado de la salud

Obteniendo de este modo: Mejora en los indicadores de morbilidad y mortalidad  
Mejor calidad de vida

### 3 - Justificación

En una época de alto dinamismo y crecimiento globalizado, las organizaciones tanto públicas como privadas de todo el planeta están siendo sometidas a constantes reformas para ser cada día más competitivas y eficientes, con el objeto de prestar el mejor servicio a los menores costos posibles. Las organizaciones en la Argentina, no son una excepción, y deben mantener un proceso continuo de cambio para adaptarse a las nuevas condiciones sociales, económicas y tecnológicas que se presentan.

El Centro de Salud N° 14 ubicado en el Departamento de Guaymallén, provincia de Mendoza, no escapa al paradigma del párrafo anterior. Su funcionamiento se apoya en una estructura organizativa no escrita, operando mayormente por voluntarismo como es normal en las estructuras estatales actuales en la provincia, muy de la vieja escuela, basada en la excesiva división de funciones, la cuasi inexistente jerarquización, capacitación administrativa y definición de puestos y tareas y el consecuente exceso de personal. Todo esto se traduce como es de suponer en el incumplimiento de los objetivos básicos de un centro de salud y arroja como resultado un deficiente sistema de atención y una suboptimización de recursos por parte del Estado, así como la pérdida patrimonial por la endémica falta de mantenimiento de la infraestructura.

El solo hecho de mencionar que los pacientes, que como su nombre lo indica tienen algún problema o malestar físico o requieren algún tipo de control, deben esperar desde tempranas horas de la madrugada, inclusive en pleno invierno, a la intemperie para conseguir un turno y volver luego para ser atendidos horas más tarde, si es que consiguió el turno, demuestran claramente la urgente necesidad de un cambio radical.

Debe agregarse que por falta de una estructura organizativa y por los vicios de una cultura casi secular hace que los facultativos tengan horarios propios a su medida y de parcial cumplimiento, con poco acatamiento a las escasas disposiciones existentes como es el caso de las historias clínicas y tiempos mínimos de atención a cada paciente lo que redundará en una deficiente calidad del servicio.

También no escapan a estas falencias las áreas de administración, enfermería, limpieza y servicios generales, en estas últimas principalmente la falta de un orden establecido es notoria.

#### 3.1 – *El concepto de reingeniería*

El concepto de reingeniería, que tiene como *fundamento básico el mejoramiento de la calidad y la disminución de costos*. El concepto calidad fue aplicado inicialmente a la industria y posteriormente, se transfirió a los servicios. Desde la década del 70 estos conceptos comenzaron a aplicarse a los servicios de salud, es así que en los hospitales

privados comenzaron a aparecer las oficinas de atención al cliente. La evolución de este concepto ha llevado a que actualmente se asigne un ‘partner’ a cada paciente que se interna; este partner es la persona encargada de tomar contacto con la obra social o el seguro del paciente, se encargará de tramitar todos los pedidos especiales (dándoles rápida respuesta) y la provisión de los medicamentos o insumos necesarios. La creación de esta figura y la adecuación de los diagramas funcionales del hospital- clínica disminuyen las tareas de los familiares, lo que redundará en una mayor disponibilidad de su tiempo para permanecer con el paciente, acelerando su recuperación. Esto acorta el periodo de internación y favorece su pronta alta hospitalaria, lo que optimiza indicadores como el giro de camas y el porcentaje ocupacional, mejorando notablemente la utilización de los recursos humanos y físicos, con la consiguiente disminución de costos.

Esta metodología se está instrumentando en algunos servicios de atención ambulatoria. Se buscan variables que hagan sentir a los clientes su conformidad, acortando la espera, mejorando el confort de las salas de espera, amenizando el trato, encuestando permanentemente a los pacientes para mejorar los estándares de calidad. La relación médico- paciente es el eje de mayor peso, donde el trato cordial, la seguridad del profesional a la hora de diagnosticar y prescribir, el prestigio que adquiere, además de otras variables le dan a esta relación el componente artístico que tiene “curar”.

### 3.2 – *Calidad en los servicios*

La importancia que tiene la *calidad* de servicio en las áreas de salud, puede deducirse de la siguiente definición del especialista en gerenciamiento hospitalario, el Dr. Jaime Varo: “La función *calidad* es la traducción operacional, en herramientas y métodos de gestión, de la necesidad que tiene la empresa, para ser competitiva, de ofrecer a sus clientes los productos que satisfagan sus necesidades, cubran sus expectativas y respeten su estructura de preferencias. La ausencia de una referencia sistemática a un cuerpo teórico ha conducido, en el sector sanitario, a conceptuar la calidad desde una perspectiva muy reducida: como el conjunto de técnicas y actividades de carácter operativo destinado a comprobar que el producto cumple con los requisitos relativos a la calidad y a actuar sobre sus desviaciones. Esta confusión respecto a la calidad está muy extendida en nuestros hospitales y en toda organización sanitaria, y el simple cambio de términos para referirse a aquella no la ha clarificado, restando coherencia y eficacia a la función, ya que el fin de la calidad no es comprendido ni aceptado”<sup>2</sup>

La *calidad* es un sistema de pensamiento donde la excelencia rige las decisiones y actividades de todos y cada uno de los integrantes de la organización, en todos los niveles, incluida la dirección que debe formular la política de calidad y constituirse en la impulsora del cambio y garante del sistema de calidad. Para ello deberá:

---

<sup>2</sup> VARO, Jaime. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios ( Madrid, Díaz de Santos, 1994)

3.2.1- Planificar la *calidad*: que es la actividad que, a partir del conocimiento de las necesidades y expectativas de los clientes, desarrolla bienes y servicios capaces de satisfacerlas.

Para planificar debemos realizar, en primer lugar, un diagnóstico de situación, contar con la mayor cantidad de información posible para proyectar el alcance de los objetivos fijados. Cuanto mayor sea el conocimiento de la realidad actual más ajustada será la proyección de metas. Para ello se deberá:

*a - Identificar a la población objeto:*

Es fundamental en este centro de salud conocer la estructura demográfica de la población asignada, su perfil epidemiológico y su modo de responder a las necesidades de salud.

Actualmente este centro de salud trabaja con la demanda espontánea, es decir, con aquellas personas que consultan por su voluntad. Se desconoce cuántas no consultan, a pesar de tener una necesidad de salud o buscan otras alternativas, cuántas tienen obra social y qué tipo de cobertura poseen. Tampoco registra su población de riesgo de patologías definidas como prioritarias, por el Estado: materno- infantil, tuberculosis, SIDA, maltrato o alguna otra que este servicio determine como importante según su perfil epidemiológico.

La responsabilidad del Estado, como garante de la salud pública, debe ser asumida por el personal que trabaja en este centro de salud.

*b - Descubrir las necesidades de los usuarios del servicio:*

Los centros de salud han trabajado históricamente con necesidades que ellos han establecido. Hoy es perentorio conocer las necesidades de toda la población bajo el área de influencia de este servicio de salud. ¿Por qué responden de manera diferente las embarazadas a la convocatoria para su control? ¿Qué límites hay al acceso, qué barreras culturales impiden comprender la importancia de los controles sanos? La única manera de obtener estas respuesta es salir del centro de salud y trabajar en la comunidad para entender todas estas pautas culturales y obtener una visión ampliada de las acciones que deben ser realizadas desde el área de salud.<sup>3</sup> Para emprender estas acciones debe capacitarse al recurso humano para que participe adecuadamente en su comunidad, tarea que hoy es imprescindible, pero que pocos comprenden y muchos menos saben realizar.

*c - Definir los productos que debe brindar:*

- *La consulta general* : programada, espontánea o de urgencia
- *La consulta especial*: para realizar una práctica: PAP, biopsia, ECG, etc.
- *La atención asignada*: control de escolares

---

<sup>3</sup> McMAHON,R. BARTON,E. PIOT,M Administración de la Atención Primaria de Salud (OPS 1989)

- *Prácticas de laboratorio.*
- *Promoción de salud.*
- *Entregas de farmacia*
- *Informes estadísticos y epidemiológicos*

La consulta médica es en general, el único producto que estos servicios brindan, pero no todos los que allí trabajan tienen el mismo concepto sobre todo lo que una consulta debe contener: ser cordial, realizar la toma de los parámetros clínicos (peso, talla, tensión arterial, etc.), consignar todos los datos en la historia clínica, medicar según normas, solicitar prácticas especiales según esté normatizado, explicar claramente las indicaciones y la evolución esperada. La consulta termina con el llenado correcto de la información requerida por las oficinas de administración, de bioestadística y de epidemiología.

La técnica del rol-playing ayuda a que el personal de salud asuma el papel de paciente y actúe como a él le gustaría que lo atendieran, es decir, se coloque en la posición de demandante y pueda responder a la pregunta ¿Cómo me gustaría que me atendieran?. Después será importante compartir estas experiencias con las recomendaciones de los pacientes.

La importancia de la información estadística y epidemiológica no es bien comprendida por el recurso humano que se desempeña en estos establecimientos. Hoy, contar con información fidedigna y en tiempo permite realizar una correcta evaluación de las políticas sanitarias implementadas.<sup>4</sup>

En un centro de salud además de la consulta médica, debemos tener en cuenta otros productos: otras prestaciones (PAP, Biopsias, ECG, etc.), referencias a otros servicios y el amplio terreno de la promoción y prevención, que debe brindar toda institución de salud pública.

La consulta puede ser espontánea, programada o de urgencia. La consulta que debe estimularse es la programada, entendiéndose por ésta la que se brinda planificando el mejor horario para la atención, dando el turno para el mismo día, el día siguiente o después. Este turno debe ser dado por escrito o en forma telefónica haciendo constar día y hora de la atención.

#### *d - Definir los procedimientos:*

Dar respuesta a una consulta, es una tarea que todo el personal de salud sabe realizar, quizás sin los nuevos conceptos que nos aporta la calidad total en atención médica. Este proceso de transformación no es bien comprendido por el recurso humano que se desempeña en salud y repite el modelo de atención históricamente brindado por los servicios estatales. No se comprenden los enormes beneficios que una consulta de calidad significa no solo para el paciente, sino el ahorro para el Estado y los beneficios que en calidad de vida obtiene el paciente y su familia (mayor rapidez de inserción

---

<sup>4</sup> DEVER, Alan. Epidemiología y administración de servicios de salud (OPS, 1991)

laboral, menor costo social al disminuir las complicaciones y mejoramiento de las relaciones intrafamiliares al disminuir la evolución de la patología).

Los procedimientos para dar respuesta a los problemas de salud detectadas en la comunidad requiere de enormes esfuerzos y del compromiso de otras instituciones del medio<sup>5</sup>: gobierno, municipio, universidades, ONG, organizaciones religiosas y toda otra institución que pueda colaborar en la prevención de las nuevas patologías: drogadicción, violencia, accidentes, embarazo en la adolescencia, SIDA, etc. El desarrollo de la participación comunitaria puesto como pilar primordial de la atención primaria de la salud, en la década del 80, ha encontrado eco en acciones puntuales como: la provisión de agua o en la introducción de mejoras en el mejoramiento del saneamiento. Pero la promoción concreta de hábitos saludables y las recomendaciones para prevenir enfermedades crónicas y no transmisibles (que constituye el gran problema de la salud pública actualmente) constituirá el desafío del siglo actual frente al avance de esos flagelos.

Por eso el diseño de los programas capaces de responder a estas necesidades es tan complejo. Lo que trae aparejado, incluso que las facultades de medicina cambien su curricula. No se necesitan médicos que sólo conozcan microbios, hoy las enfermedades son sociales y es necesario munir a los alumnos de un enorme bagaje de conocimientos sociológicos para poder comprenderlas y generar las respuestas adecuadas.

3.2.2- *Gestionar la calidad*: es la actividad que a partir del conocimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios, desarrolla bienes y servicios capaces de satisfacerlas.

#### La gestión de la calidad

##### a- *Marco político institucional*:

Este punto es el más complejo en las organizaciones estatales. La falta de permanencia de los planes de gobierno, que se produce con cada cambio de funcionarios. La falta de continuidad de una política de Estado, por ejemplo, en materia materno-infantil, es la que ha llevado a la Argentina a los últimos puesto compartidos por muchos países latinoamericanos con altas tasas de mortalidad infantil. Estos países tenían, en la década del 60, cifras que duplicaban las nuestras. Hoy nuestra TMI duplica la de muchos de estos países. Tal es el caso de Chile que invierte en salud la mitad de lo que destina la Argentina.

Si no se apoya desde el nivel central la reingeniería de los centros de salud y se exige la implementación de estrategias para el cambio, se mantendrán servicios de salud caros e ineficientes.

---

<sup>5</sup> KATZ, Jorge; MUÑOZ Alberto. Organización del sector salud: puja distributiva y equidad (CEPAL,1988)

*b- Transferir los planes a acciones:*

En general, en Argentina se diseñan buenos planes, pero no se ejecutan. ¿Por qué? Una de las causales está en el punto anterior. Otras tienen que ver con la inercia al cambio, a la estabilidad del empleo público (que está intentando revertirse con los contratos laborales pero la falta de una evaluación del desempeño al momento de renovar ese contrato, lo transforma en estable), la falta de definición de las funciones, la falta de jerarquización de los puestos de mando, la falta de un sistema de premios y castigos, temas que se analizan más adelante.

La falta de estimulación en el desarrollo de estrategias creativas que mejoren la calidad es una de las causas más importantes. No se sabe trabajar en equipo o no se comprende lo que significa. La histórica justificación de la ausencia del profesional realizada por el personal de enfermería que entendía que ello deriva de formar un equipo, manifiesta la ignorancia de cómo trabajan los grupos cuando tienen en claro las metas que quieren conseguir.<sup>6</sup>

*c- La capacitación en gerenciamiento:*

Se debe estimular el acceso a cursos y carreras de capacitación en gerenciamiento. Carreras como la realizada por la Universidad del Aconcagua, son fundamentales para difundir las herramientas de la gestión.

*d- Jerarquización de las funciones gerenciales:*

Hoy el director de un centro de salud es el profesional médico más antiguo en la institución, no se le realiza reconocimiento alguno, en general atiende el mismo número de pacientes que sus colegas y no recibe bonificación salarial extra. Esto dificulta a la hora de exigir una gestión adecuada, le falta capacitación, hace lo que históricamente se realizó en su lugar de trabajo manteniendo un gerenciamiento arcaico para los tiempos actuales.

*e- Definición de las funciones:*

La inexistente definición de las tareas que se realiza en un centro de salud impide su evaluación adecuada. Para la realización de este trabajo se efectuaron consultas a la Dirección de Atención Primaria a fin de determinar las funciones que deben realizar los centros de salud, tomando conocimiento que no están escritas. Las funciones del personal tampoco están definidas. La Dirección de asesoría letrada del Ministerio de Salud utiliza como parámetro a la hora de juzgar las actuaciones del personal el decreto 507-G-1946 que fija los deberes y obligaciones del personal de salud. Las reglamentaciones más

---

<sup>6</sup> ARANDA REGULES, J.M. Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud. (Madrid, Díaz de Santos, 1994)

actuales como la ley 4872 carrera médica y su decreto reglamentario 821(29-03-85); ley 4873 carrera odontológica y su decreto reglamentario 822; ley 4874 carrera bioquímica y su decreto reglamentario 823; ley 6836(07-11-2000) reglamentación de la profesión de enfermería y otras reglamentaciones fijan las aptitudes para postularse a cargos, el régimen de escalafonamiento, las sanciones, entre otros aspectos, pero no fijan sus deberes.

*f- Falta de normatización de los procedimientos:*

No existen manuales de procedimiento de atención médica ni de derivación. En enfermería, sólo están normatizadas algunas técnicas, por ejemplo la toma de la tensión arterial o la antropometría. Pero no se evalúa su cumplimiento.

Los datos de la consulta médica se consignan de forma arbitraria, se anota a veces la medicación indicada, las derivaciones se escriben según el criterio del profesional. No se toma conciencia de la importancia de una completa historia clínica, en oportunidad de un juicio por mala praxis.

Las sanciones no están correctamente explicitadas. Constituyen una excepción en el desarrollo de las actividades del centro de salud. Este procedimiento es tan complejo que se prefiere ignorar la falta o se le asigna al personal otra tarea, o se lo cambia de lugar de trabajo.

*g- Falta de información adecuada:*

La escasa información que se procesa no es utilizada luego para la planificación ni para la evaluación de las actividades que se realizan en estos establecimientos

3.2.3- *Controlar la calidad:* es uno de los caminos para mejorar los bienes y servicios, pero no el único ni el más importante.

La calidad puede referirse a diferentes aspectos de la actividad de una organización o bien entenderse como una corriente de pensamiento que impregna al centro de salud.

La calidad aplicada a los servicios de salud públicos se puede medir por indicadores como la satisfacción del usuario, la reducción de costos, el aumento en la calidad de vida de sus beneficiarios, la disminución de los indicadores de morbi-mortalidad, entre otros.

Siguiendo a Ishikawa: “Trabajar en *calidad* consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario”.<sup>7</sup> Con el fin de ilustrar esta síntesis, ha diseñado el diagrama de las tres calidades (Figura 1.1). El producto o servicio tiene mayor grado de calidad a medida que las tres

---

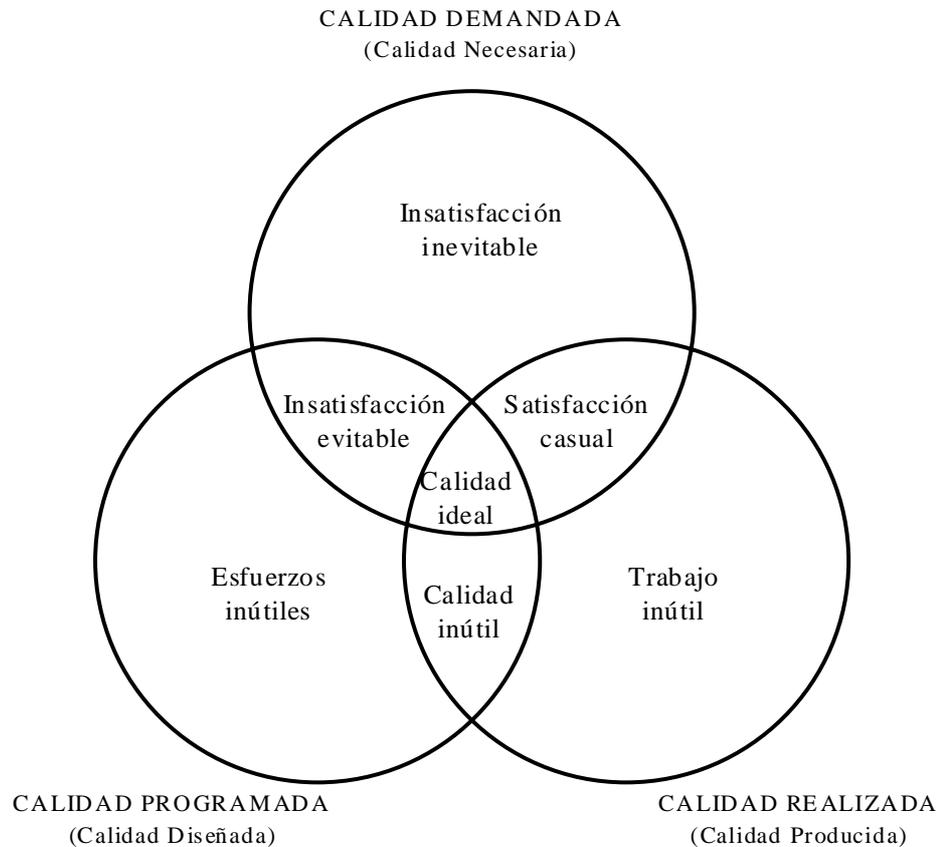
<sup>7</sup> ISHIKAWA K. ¿Qué es el control total de la calidad? La modalidad japonesa. (Bogotá Norma, 1986)

calidades, demandada, diseñada y realizada, son más concordantes. Cuando no coinciden, las consecuencias son:

- 1) Si la calidad demandada no se diseña o realiza, se genera una insatisfacción del usuario.
- 2) Si la calidad diseñada no se realiza o no es demandada, el costo es mayor y la calidad es insuficiente o innecesaria.
- 3) Si la calidad realizada no es la diseñada ni la demandada, aumenta el esfuerzo y la calidad es innecesaria o puede no llegar al nivel solicitado.

Es importante destacar que la calidad debe estar adaptada al cliente y a las posibilidades del prestador, es decir se debe ajustar la oferta de servicios a la que la gente demanda y necesita junto con las posibilidades de ofrecerlas. Es así como un alto grado de calidad técnica debería producir un alto nivel de calidad percibida y no es siempre así.

Reforzando este concepto, Juran resume todas las definiciones de calidad en un solo concepto: “Calidad es la idoneidad, aptitud o adecuación al uso”. El concepto de idoneidad entraña tener en cuenta las necesidades del cliente; el concepto de aptitud tiene que ver con la planificación de las acciones y la adecuación con la realización ajustada a lo necesario y a lo programado.



**figura 1**

El concepto de cliente lleva aparejados el acto de pagar y la capacidad de elección. El usuario es quien recibe el beneficio pretendido del producto. En la asistencia sanitaria pública el servicio no se paga en forma inmediata sino a través de impuestos, dando lugar a que en muchas ocasiones se hable de sistema sanitario gratuito, cuando en realidad no lo es.

El significado de cliente, usuario y paciente es tomado en general como sinónimos, es decir que el personal que trabaja en los centros de salud tiene el concepto que como es gratuito, se da lo que se puede, lo que históricamente se le ha brindado sin intentar mejorar la calidad del servicio.

#### 4- Objetivos:

La ejecución de una acción de reingeniería de estas características traerá a la comunidad beneficios importantes, como son:

- Mejorar la calidad de atención al usuario.
- Mejorar la capacitación del personal.
- Comprender los principios básicos de la atención primaria de la salud.
- Reducir erogaciones al erario público.
- Evaluar constantemente la tarea realizada.
- Lograr la participación de la comunidad al asumir mayor responsabilidad frente a la salud.
- Ejecutar proyectos de prevención y promoción en materia de salud.

Todo esto se traduce automáticamente en una mejora en la calidad de vida de la comunidad que es el objetivo primordial de toda administración estatal y el mayor anhelo a que puede aspirar un ser humano para su realización personal.

## 5 - Fuentes de información

La obtención de la información fue obtenida de:

### *5.1 - Centro de salud:*

#### *5.1.1 - Datos sobre la organización:*

Cabe reiterar que no existe un organigrama formal de funciones, en principio existe uno de hecho, no escrito y que se modifica de acuerdo a las personas y circunstancias.

El director es un médico que además de su tarea asistencial tiene a cargo la dirección del centro de salud y es remunerado igual que sus pares. De él depende todo el personal. Los profesionales están todos en el mismo nivel jerárquico. Hay un encargado de administración, de quien depende el personal de maestranza, y un encargado de enfermería. La asistente social coordina la tarea de las promotoras.

#### *5.1.2 - Recurso humano que allí se desempeña:*

Cantidad de empleados: 44  
Cantidad de promotoras: 20

Total de personal 64

La distribución de los mismos obedece al siguiente detalle:

#### Dotación de personal

Especialidad	cantidad
Médicos	13
Sicólogo	1
Odontólogo	4
Farmacéutico	1
Bioquímico	1
Nutricionista	1
Asistente Social	1
Técnicos Laboratorio	2
Enfermeros	10
Promotoras	20
Administrativos	5
Maestranza	5

### 5.1.3 - Horarios de trabajo (valores en horas/día)

Horarios de trabajo	
Especialidad	horas/día
Médicos	4
Sicólogo	4
Odontólogo	4
Farmacéutico	4
Bioquímico	4
Nutricionista	4
Asistente Social	4
Técnicos Laboratorio	7
Enfermeros	7
Promotoras	2
Administrativos	7
Maestranza	7

### 5.1.4 - Actividades que realiza el centro de salud:

- Control y seguimiento de salud
- Atención de patologías prevalentes
- Derivación de patologías que no puede dar respuesta
- Inmunizaciones
- Entrega alimentaria a niños y embarazadas
- Promoción de salud y prevención de patologías, en forma personal (relación médico – paciente)
- Información cuantitativa de las consultas realizadas
- Información epidemiológica sobre patologías especificadas
- Solicitud de los insumos necesarios para su funcionamiento
- Ejecutar los programas de salud implementados por el Ministerio
- Registro de datos del paciente

### 5.2 – Departamento de Epidemiología

Esta información suministrada por el departamento de Epidemiología del Ministerio de Desarrollo Social y Salud, consiste en un registro de compilación semanal obligatorio, en el que todos los profesionales deben denunciar la atención de pacientes con determinadas patologías. Las que son monitoreadas permanentemente a los efectos de la determinación de la presencia de epidemias. La información suministrada es la siguiente:

Epidemiología

Enfermedad	Frecuencia	%	% acumulado
Gripe	87	0.9	0.9
Parotiditis	14	0.1	1.0
Varicela	69	0.7	1.7
Diarrea	299	2.9	4.6
Hepatitis	4	0.0	4.6
IRA alta	7409	72.6	77.2
IRA media	2329	22.8	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>10211</b>	<b>100</b>	

(Valores anuales, año 2000)

### 5.3 – Departamento de Bioestadística

En este apartado se hace referencia a la cantidad de consultas médicas realizadas por el centro de salud, la que está confeccionada en planillas mensuales que se adjuntan en Anexo 1

De la información procesada se concluye que en el año 2000 se realizaron un total de 34.975 consultas.

### 5.4 – Datos de población aportados por Promin

De este documento que se adjunta en Anexo 2 se determina entre otros valores la población del distrito a la que sirve el centro de salud, en este caso, el distrito Belgrano con 19.635 habitantes censados. De esta cifra el 25% de la población tiene obra social, por este motivo no se toma en cuenta a la hora de ofrecer los servicios. La población real que es atendida o población objetivo es de 13.745 personas.

## 6 – Metodología de cómo se llevará a cabo la reingeniería

### 6.1 - *Introducción*

El actual funcionamiento del centro en estudio dista bastante de ser el razonable para el usuario. Una reingeniería en la que los recursos estén adecuadamente organizados, con definiciones precisas de sus funciones y control específico de sus resultados a través de los controles e indicadores provistos por el estado.

A este respecto cabe señalar que en esta reingeniería de los procesos se cuestionan las prácticas organizacionales tradicionales y específicamente se pone énfasis en la especialización y la división de trabajo. Existe una cierta cantidad de principios dentro de la reingeniería de procesos que debemos resolver, y a título de introducción se señalan brevemente:

- *Eliminación de actividades que no agregan valor:* En el análisis de los procesos se procede de la siguiente manera: se eliminan las actividades que no agregan valor, se buscan oportunidades para combinar actividades que no pueden ser eliminadas, para que sean ejecutadas más eficientemente, se hacen todas las mejoras posibles a las demás actividades.
- *Organizar en función de los resultados, diseñar celularmente los lugares de trabajo, tratar la ubicación geográfica, distribuir los recursos y localizar centralmente:* Involucra la eliminación de las barreras materiales, organizacionales y físicas entre la gente (y/o sus utensillos o elementos de trabajo), quienes trabajan juntos en la ejecución de un proceso.
- *Trabajadores multifuncionales:* Si se entrena a las personas para que adopten capacidades multifuncionales, los trabajos, roles y tareas serán ejecutados mejor. Es por esto que si se cuenta con recursos entrenados y expertos en diversos roles se pueden: eliminar cuellos de botella iniciados por cambios de recursos, aumentar la flexibilidad, tomar mejores decisiones, etc. Esto en principio sólo se utilizará para futuros cuellos de botella dado el actual régimen laboral del personal.

Como se enuncia en el apartado: “4- Objetivos” se operará en tres ejes fundamentales que se detallan a continuación. En cada uno se explicitarán los procesos detectados y las normas o criterios que se seguirán en cada caso a fin de poder solucionarlos en el siguiente.

- *Mejorar la calidad de atención del usuario*
- *Mejorar la administración del centro de salud*
- *Lograr la participación comunitaria*

## 6.2 – Método:

En cada uno de los puntos a ser tratados para esta reingeniería se utiliza la siguiente metodología:

- Descripción del tema a ser resuelto.
- Objetivo
- Descripción del procedimiento: metodología, norma o criterio a ser utilizado.

## 6.3 – Desarrollo

*A continuación se desarrolla la totalidad de los temas de acuerdo al método propuesto:*

### 6.3.1 - Mejorar la calidad de atención del usuario:

Para el cumplimiento de este objetivo debe tenerse en cuenta:

#### 6.3.1.1 - Adecuación de los recursos a las necesidades

Dentro de los recursos a ser afectados tenemos:

##### 6.3.1.1.1 - Cálculo del recurso humano

Descripción:

El personal médico tiene como misión la de atender dieciseis pacientes/día, a esta cifra se debe adicionar la posibilidad de atender hasta cuatro pacientes urgentes/día.

Objetivo:

Optimizar el recurso humano

Metodología:

La OMS (Organización Mundial de la Salud) establece para la atención de los pacientes los siguientes tiempos promedios:

Tiempos medios de atención propuestos por el Ministerio de Desarrollo Social y Salud

Especialidad	Tiempo (minutos)	Observaciones
Pediatría	15	
Clínica	15	
Ginecología	20	
Odontología	15	
Psicología	30	
Enfermería	10	Para el control de signos vitales y su registro
Administración	5	Para el registro del paciente y búsqueda de su historia clínica
Nutricionista	30	
Farmacia	5	Tiempo de farmacia destinado a la entrega alimentaria o de medicamento y su consignación en los registros.

Además, se debe tener en cuenta un tiempo adicional para realizar las siguientes tareas:

OMS – Otras tareas

Tarea	Horas semanales
Promoción de la salud en la comunidad	2
Capacitación en general	2
Tiempo destinado a la planificación y trabajo en equipo	2

Siguiendo a la OMS se propone el siguiente régimen de consulta por grupos etáreos:

a- *Pediátricos*: según su edad,

- 1- niños menores de 1 año: 10 consultas anuales.
- 2- niños de 1 año: 4 consultas anuales
- 3- niños de 2 a 4 años: 2 consultas anuales
- 4- niños mayores de 4 años: 1 consulta anual

A estas consultas para control sano se deben sumar hasta dos consultas anuales por patología, cifra que puede aumentar ante una epidemia (para lo cual se solicita que se contraten recursos temporarios para resolver ese imprevisto). Debido a que este centro de salud trabajará en promoción y prevención se espera que reduzca sus consultas por patologías, para lo cual se sugiere dar un incentivo a cambio de la reducción de los costos que genera atender la enfermedad.

- b- Adolescente:* Se recomienda una consulta anual. Se trabajará ampliamente con las entidades comunitarias para implementar proyectos de prevención de embarazo, drogas, violencias y otros problemas detectados en la comunidad. Por este motivo, no se considera necesario disponer de más tiempo para su atención.
- c- Adultos masculinos:* Se recomienda una consulta anual para control de salud, se debe sumar consultas para control de hipertensos y diabéticos. Debido a que se desconoce actualmente el dato de la prevalencia de estas patologías en este centro asistencial, es imposible determinar el requerimiento de número de consultas extras. Se parte de un valor estimativo tomando los valores generales de estas enfermedades en la provincia. Se llevará a partir de la implementación de esta reingeniería un registro adecuado con lo que este valor podrá precisarse con más exactitud.
- d- Adultos femeninos:* se preveen nueve consultas de promedio por embarazo y cuatro por puerperio. En mujeres adultas se recomienda una consulta anual para PAP e indicación del método anticonceptivo adecuado para cada paciente. Se desarrollará un proyecto de planificación familiar con la colaboración de todas las entidades de la zona, que así lo deseen.
- e- Adulto mayor:* Se ofrecerá un paquete básico de prestaciones con cuatro consultas anuales. Se colaborará con las instituciones para la tercera edad de la zona a fin de promocionar hábitos saludables y favorecer espacios de contención afectiva para estos pacientes, lo cual reducirá las consultas por patologías.

Teniendo en cuenta los datos de la población asignada referidos en el anexo 2 , se obtendrá el desarrollo la necesidad del siguiente recurso humano.

#### *6.3.1.1.2 - Adecuación de la infraestructura*

##### Descripción:

Actualmente, la funcionalidad del inmueble es de concepción caótica, por tratarse de una construcción inicial que ha sufrido una serie de ampliaciones y modificaciones que son prácticamente agregados sin demasiada creatividad funcional. Sus características son:

## Edificio – relevamiento

Nivel	Local	Cantidad	Observaciones
Planta Baja	Salas de espera	2	
	Sala de Reuniones	1	
	Consultorio Clínica	1	
	Consultorio Pediatría	3	
	Consultorio Ginecología	2	
	Consultorio Compartido	1	Sicología/Nutricionista/Asist. Social
	Administración	1	
	Sala de espera	2	
	Enfermería	2	
	Bioquímica	2	
	Odontología	2	
	Depósitos	2	
	Cocina	1	
	Sanitarios		

La farmacia es una pequeña pieza que no supera 2 x 2 metros, mal vinculada al resto del edificio.

Objetivo:

Optimización funcional del edificio.

Metodología:

Análisis de las plantas del mismo a los efectos de mejorar la distribución de espacios con mínima obra ( inversión) y sin tener que realizar ampliaciones de superficie.

#### 6.3.1.1.3 - Adecuación del equipamiento:

Descripción:

El centro de salud cuenta en principio con el equipamiento para realizar las tareas médicas necesarias, aunque es algo anticuado.

En lo referente a informatización, el tema es diferente puesto que el equipamiento es escaso y muy obsoleto, cuenta sólo con tres computadoras independientes una de otra. La toma de información para retroalimentar el sistema es inexistente, se cumple con lineamientos que vienen del gobierno central de la provincia y no existe posibilidad en la toma de decisiones que no sea “tratar de seguir operando”.

Información procesada y capacidades: el sistema informático se emplea con fines netamente operativos en forma parcial y únicamente permite:

Archivar historias clínicas

Turnos de atención

Stock de materiales entregados tales como : leche y remedios

El resto de la información se hace en forma manual, tal es el caso del procesamiento estadístico, ordenamiento de las consultas, facturas de pagos, recetas; teléfonos, órdenes de consultas y demás documentación del centro de salud y los pacientes.

No existen soportes electrónicos de información ni programas interconectados de software para el manejo y procesamiento global coordinado de papeles o informes, de uso diario o mensual.

Lo mismo ocurre con el sistema telefónico que consta de sólo una línea.

La calefacción a gas, compuesta por estufas individuales es razonable al igual que el empleo de ventiladores para el verano.

Objetivo:

Diseño de un sistema moderno y eficiente para los nuevos requerimientos y necesidades del nuevo centro de salud.

Metodología:

Definición de todas las tareas que deben ser informatizadas y sus interacciones; una vez terminadas las mismas se definirá el sistema más adecuado.

#### *6.3.1.1.4 - Aporte de insumos*

Descripción:

La provisión de todos los insumos los realiza el Ministerio de Desarrollo Social y Salud. Mensualmente se los envía a la Coordinación de Salud del Área Departamental, teniendo en cuenta la población asistida, desde aquí se distribuyen a cada centro de salud utilizando el mismo criterio, lo que normalmente es insuficiente tanto en cantidad como en la totalidad de items. Estos pertenecen a los rubros de: medicamentos, elementos de librería y de limpieza y otros insumos como los necesarios para odontología, laboratorio, etc.

El mecanismo de asignación de recursos se comentó en la introducción de esta tesis para comprender mejor la situación operativa de los centros de salud: el *Gobierno de Mendoza*, a través del presupuesto anual le asigna los fondos específicos al Ministerio de Desarrollo Social y Salud, quien lo distribuye entre la tres Direcciones que lo constituyen: de Hospitales, de Atención Primaria y de Promoción de la Salud, Maternidad e Infancia. Estas direcciones reciben el 80, 15 y 5% respectivamente del monto total (lo que está fijando las prioridades presupuestarias de la salud).

Otra limitación característica de este mecanismo de adquisición lo constituye el hecho de que los medicamentos son comprados según un vademecum básico para todos los centros de salud; el mismo es de una actualización lenta y difícil. No obstante, si se realiza una buena justificación, se pueden introducir modificaciones en la provisión puntual de un determinado insumo. Las compras se realizan por licitación pública adjudicando la compra al producto más barato, lo cual trae a veces problemas con la calidad. Los medicamentos son entregados a cada departamento de la provincia teniendo en cuenta la población asistida. Desde la Coordinación Departamental de Salud los distribuyen a cada centro de salud según su consumo y la disponibilidad del producto.

Objetivo:

El tema no tiene solución puesto que requiere modificación legislativa.

Metodología:

No se aplicará

6.3.1.2 – *Atención*

6.3.1.2.1 – *Acceso*

Descripción:

Salvo emergencias, la manera de poder acceder a la atención en los centros de salud es “a demanda espontánea”, o sea que las personas deben obtener turnos para ser atendidas. En la práctica esto justifica doblemente el nombre de “paciente” que tienen las personas que necesitan ser atendidas; primero porque deben ser pacientes ya que a las 7:00 horas se entrega un número limitado de turnos para cada especialidad; pero para poder acceder a uno es preciso varias horas de espera a la intemperie y es así como tenemos la segunda acepción del término, son pacientes porque deben someterse a esta práctica. En invierno o cuando hay inclemencias climáticas como lluvia esto se torna en espantoso, es un tema elemental y urgente a solucionar. Existen algunas excepciones en las que se dan turnos programados, los favorecidos son los niños menores de 1 año y las mujeres embarazadas.

Pero increíblemente la espera no termina aquí, los turnos se entregan a las 7:00 horas, pero el personal médico no llega hasta las 9:00 horas en el mejor de los casos, por lo que la gente se ve obligada a retornar a sus viviendas en el caso que viva en las proximidades o bien quedarse a esperar en las salas de espera que están habilitadas.

Finalmente, cabe señalar que el hecho de tener un turno no significa ser atendido a una hora definida, sólo se le garantiza que será atendido en esa jornada puesto que, el manejo del orden de turnos y el horario de trabajo de los profesionales, son variables de difícil parametrización.

Objetivo:

Cambiar la forma de entrega de turnos anulando las colas y demás actividades previas a la apertura del centro de salud antes de las 7:00 horas.

Metodología:

Definición de un procedimiento que permitirá la obtención de turnos vía telefónica o personal durante las horas de funcionamiento del centro.

#### 6.3.1.2.2 – Atención Médica

Descripción:

Dentro de la sala de espera los pacientes son llamados por una enfermera que realiza los controles de salud; éstos consisten en tomar el peso y talla en el caso de los chicos así como el peso y presión para el caso de los adultos y embarazadas. Los primeros son controlados en la misma sala de espera, los adultos lo son en un cuarto aparte. Esta tarea insume menos de 5 minutos por paciente.

En la medida que llegan los médicos, éstos comienzan a atender, los pacientes son llamados y su atención dura entre 5 a 10 minutos, a la salida de la consulta el médico le ha expedido una receta que ha explicado al paciente y éste se retira a la farmacia a fin de retirar los remedios prescritos.

Si el paciente debe volver, deberá reiniciar el periplo, salvo aquellos que tengan turnos programados. A este respecto se detalla a continuación las características de estos turnos según la especialidad médica:

Turnos programados		
Especialidad	Turnos programados. % de la oferta	Observaciones
Pediatría	75	niños < 1 año, control sano y desnutrido
Clínica	50	seguimiento de patologías seleccionadas, control sano
Ginecología	70	embarazadas, puérperas, control sano
Odontología	50	Seguimiento
Psicología	50	Seguimiento
Asist.social	75	seguimiento específico
Laboratorio	75	análisis programados
Nutricionista	50	Seguimiento

Los horarios de atención evidencian una excesiva concentración de la atención médica en la mañana, el detalle es el siguiente:

#### Horario de atención

Horario	Especialidades	Consultorio	Observaciones
8 a 12 hs	Pediatría	N 1	lunes a sábados
8 a 12 hs	Pediatría	N 2	lunes a sábados
8 a 12 hs	Pediatría	N 3	lunes a sábados
8 a 12 hs	Ginecología	N 4	lunes a sábados
8 a 12 hs	Cl. Médica	N 5	lunes a sábados
8 a 12 hs	Cl. Médica	N 5	lunes a sábados
8 a 12 hs	Odontología	N 7	lunes a sábados
8 a 12 hs	Odontología	N 8	lunes a sábados
7 a 14 hs	Laboratorio	N 9	lunes a sábados
8 a 12 hs	Asist.social	N 10	días alternos
10 a 13hs	Nutricionista	N 10	días alternos
10 a 13hs	Sicología	N 10	lunes a sábados
13 a 17 hs	Odontología	N 8	lunes a viernes, sábados mañana
14 a 18 hs	Pediatría	N 1	lunes a viernes, sábados mañana
14 a 18 hs	Pediatría	N 2	lunes a viernes, sábados mañana
16 a 20 hs	Pediatría	N 3	lunes a viernes, sábados mañana
14 a 18 hs	Ginecología	N 4	lunes a viernes, sábados mañana
14 a 18 hs	Ginecología	N 6	lunes a viernes, sábados mañana
14 a 18 hs	Clínica Médica	N 5	lunes a viernes, sábados mañana

En lo referente a las asistentes sociales no tienen tareas específicas sino que se limitan a cumplir con su tarea en los barrios y eventualmente, respondiendo a un pedido de algún facultativo generalmente referido a un paciente que no concurre a sus controles.

Objetivo:

Optimizar los horarios de asistencia de los médicos.

Metodología:

En concordancia con la frecuencia diaria de presencia de los vecinos, la interactividad con centros de mayor complejidad y la nueva disposición edilicia se cubrirán los servicios a efectos de reducir las esperas y aumentar la capacidad de atención diaria.

### *6.3.2- Administración y capacitación*

#### *6.3.2.1 - Mejorar la administración del centro de salud*

Descripción:

Tareas administrativas: el administrativo es en general el encargado de abrir el centro de salud, a las 7 horas. A continuación entrega los turnos ayudados por los enfermeros para acelerar el trámite. Las planillas de pediatría, ginecología y odontología tienen pacientes anotados de antemano. En general, el paciente se retira luego de obtener el turno si la distancia desde su hogar se lo permite o se queda dependiendo además de la hora en que el médico comienza a atender.

La tarea del administrativo continúa con la búsqueda de las historias clínicas, a veces lo ayuda un enfermero. En este caso, como el centro de salud dispone de tantos administrativos esta tarea se distribuye entre ellos. En caso que el paciente no tenga la historia clínica abierta, un administrativo toma los datos de filiación, esta tarea la realiza a veces el enfermero al llamar al paciente para la consulta.

El resto de las tareas administrativas son distribuidas entre las cinco personas que realizan este tipo de labores. La jefa de administración que tiene un título habilitante terciario, es la encargada de enviar y controlar toda la información que debe procesar este centro de salud: estadísticas de producción, informes epidemiológicos, partes de ausentismos, pedidos de vacaciones.

Otro administrativo es el encargado de los pedidos de insumos ayudado por la técnica de farmacia, entre ambos preparan los stocks de medicamentos y sus consumos, también elaboran la información para el PPN (Programa Provincial de Nutrición) con la salida mensual de leche y alimento.

Un tercer administrativo es el encargado de sacar y guardar las fichas de pediatría, además atiende la ventanilla para consultas de horarios de atención, etc. El fichero de pediatría dispone de más de 11.000 historias clínicas. Hace mucho tiempo que no se actualiza, hay fichas de pacientes que hoy son adultos, muchos se han cambiado de domicilio. Se han realizado muchos intentos de actualizarlo, existen historias clínicas con varias numeraciones. Esta tarea de actualización es muy compleja, debería disponerse de un personal que se dedique exclusivamente a esta tarea, que no realice otra tarea hasta dejarlo actualizado. Esto genera muchos inconvenientes, en esa inmensidad, las fichas se pierden. Muchos pacientes tienen más de una historia clínica lo que impide un seguimiento adecuado ya que los datos de la evolución están en varias fichas. Esto merece un tratamiento radical. Debe disponerse, que una sola persona sea la encargada de guardar todas las fichas, para ello debe controlar que todas se guarden. Muchas veces el médico decide guardarla en su escritorio o darle otro tratamiento (utilizar la información para un trabajo de investigación, etc.). Además deberá asumirse una normativa para abrir una historia clínica. A pacientes de paso o que no son habitualmente atendidos no debe abrirseles fichas, porque esto genera un trabajo inútil dado que no serán utilizadas y llenan ficheros sin sentido. El fichero de pediatría es un mueble como biblioteca, afirmado a una pared, al que se le colocó una madera para evitar que las fichas se cayeran, pero atenta con la conservación del sobre donde se coloca la ficha. Otro inconveniente es que el tamaño de los sobres es distinto, lo que obliga a doblarlos, lo cual favorece que se rompan.

Las fichas de ginecología son exclusivamente manejadas por una enfermera encargada de atender sólo este servicio, lo que genera inconvenientes cuando este personal se enferma o está de vacaciones. Las fichas de odontologías también son manejadas exclusivamente por la enfermera de este sector, lo que además de los inconvenientes antes mencionados ocasiona la ineficiencia del servicio, cuando no está, ya que no hay otro personal que sepa colaborar en asistir a los odontólogos. Las fichas de clínica médica son manejadas por los médicos clínicos, al igual que en psicología, nutrición y asistencia social, esto origina inconvenientes ya que los criterios para su archivo siguen parámetros propios lo que impide encontrar información a otro profesional. Esto impide que las historias clínicas puedan auditarse y analizarse los criterios de medicación, solicitud de prácticas especiales, derivación, etc.

Es por esto, que se propone adecuar un espacio físico para centralizar el almacenado de las historias clínicas.

Objetivo:

Rediseñar la administración.

Metodología:

Análisis funcional del centro de salud, diseño de nuevos procedimientos, refuncionalización de espacios y optimización de personal.

#### 6.3.2.2 - *Capacitación en gerenciamiento*

La capacitación es una de las herramientas básicas para lograr el cambio.

Descripción:

La educación, en general, y la capacitación, en particular, son un tema muy controvertido y polémico pero indudablemente imprescindible. Tradicionalmente, se ha desarrollado como actualización científica dentro del campo profesional o como adiestramiento técnico. Estos enfoques difícilmente puedan contribuir a cambiar prácticas en salud; es por esto que la estrategia educativa debe tener dos objetivos:

- la capacitación del personal de salud
- y la promoción de la participación de la comunidad

Se parte de la base que los recursos humanos que trabajan en las instituciones públicas, deberán constituirse no sólo en el principal aliado para el logro de los objetivos planteados y el uso eficiente de los recursos financieros, sino en la mejor herramienta para la concreción de la optimización del funcionamiento de los distintos servicios, en términos de eficacia y eficiencia.

La capacitación de este recurso contribuirá al fortalecimiento de un modelo de atención a la salud que priorice la estrategia de atención primaria, además de mejorar el desempeño gerencial. Se debe además, capacitar en el cumplimiento de las actividades establecidas en la implementación de los distintos programas que establezca el Ministerio.

El llenado correcto de los registros constituye un fundamental aspecto en la capacitación y constituye una herramienta a la hora de la evaluación de la cantidad y calidad de los servicios prestados. El no apropiarse de estos datos y su falta de interpretación constituyen una de las razones por las cuales estos registros resultan inútiles.

Objetivo:

Implementar un plan de capacitación.

Metodología:

Diseño de un plan de capacitación sobre la base de las necesidades del tipo de personal que se desempeñará en el centro de salud y las recomendaciones de la OMS.

### 6.3.2.3 – Capacitación en manejo de programas de computación

#### Descripción:

El advenimiento de la informática permite manejar más fácilmente la información que se produce en estos establecimientos. Por este motivo hoy es necesario construir protocolos de seguimiento de patologías jerarquizadas como fundamentales, como por ejemplo el seguimiento de embarazadas, control de niños menores de un año, niños desnutridos, hipertensos, diabéticos, etc. Se realizará el seguimiento de las patologías elegidas como prioritarias por el Estado, además puede proponerse otras según el patrón de enfermar de la zona donde funciona el establecimiento de salud o puede ser una investigación que desee realizar uno o más médicos que allí trabajen. Estimular la investigación en Atención Primaria es el desafío para la elaboración de proyectos de salud con bases sólidas, además de constituir la manera de evaluar los resultados de estos proyectos.

El llenado obligatorio por parte del profesional de la información solicitada permitirá la elaboración de indicadores epidemiológicos, de rendimiento y dará una clara orientación de los consumos de medicamentos y alimentos que el establecimiento realiza.

Lo que se propone es que el profesional al finalizar la atención del paciente llene la planilla que inició el administrativo con los datos del paciente, a los que deberá agregar el código del diagnóstico y la medicación indicada. La receta será impresa en la impresora de la farmacia si el medicamento no se encontrara en el centro de salud, sino quedará registrada su salida en la planilla elaborada a tal fin. De este modo el stock de insumos estará permanentemente actualizado y podrá realizarse la auditoría del medicamento entregado según las normas de tratamiento preestablecidas.

Además el profesional debe completar el protocolo de seguimiento si el paciente que atendió corresponde con el diagnóstico o la patología seleccionada. Para ello deberá buscar en los archivos de su PC la planilla necesaria y completar los casilleros correspondientes. El manejo de estos protocolos es muy simple, en el anexo 3 se colocaron algunos ejemplos de protocolos de seguimiento que son de muy fácil llenado. Los datos que aportan estas planillas son muy valiosos para la construcción de indicadores de cobertura y de otros de calidad según los parámetros que se desean completar.

Al ser consultada por la asistente social las planillas de seguimiento sabrá qué paciente debe ser buscado, por inasistencia a su control programado.

#### Objetivo:

Contar con información clara y precisa de todos los procedimientos que se llevan a cabo en el centro de salud.

#### Metodología

Se crearán de programas de computación que permitan medir los parámetros jerarquizados.

Se capacitará al recurso humano en el manejo de estos programas.

Se utilizará adecuadamente la información obtenida.

#### 6.3.2.4 - *Definición de funciones*

Descripción:

Como se ha señalado no existen ni organigramas ni definición de funciones, por lo que se elabora un proyecto en el próximo apartado.

Objetivo:

Diseñar un organigrama total del centro de salud.

Metodología:

Diseño del organigrama hoy inexistente sobre la base de reingeniería expuesta.

#### 6.3.3 – *Lograr la participación comunitaria*

*Descripción:*

La participación comunitaria constituye un desafío para nuestros centros de salud, a través de ella, se deben poner en marcha programas promoción y prevención. Estos centros asistenciales deben trabajar con sus comunidades organizadas respondiendo a sus necesidades de educación para la salud y a su vez promoviendo conductas que favorezcan un mejor nivel de calidad de vida. Han desaparecido, en general, gran número de enfermedades infecciosas y ha aparecido un nuevo “patrón de enfermar” en el cual las enfermedades crónicas y las patologías sociales han cobrado gran importancia. Se debe procurar que la comunidad participe en proyectos concretos que responda a sus necesidades. Además deben implementarse los programas de salud propuestos a nivel central.

Actualmente, una dotación de veinte promotoras de salud están afectadas al centro de salud N° 14, pero su función no está definida y es poco lo que realmente realizan. Cabe señalar que tienen un contrato con un cumplimiento muy irregular en lo referente a sus salarios.

Prácticamente, su tarea está limitada a la búsqueda de algunos pacientes o mujeres embarazadas que estando bajo tratamiento, no concurren a controles; sin ajustarse a un método o programa de acción.

**Objetivo:**

Conocer las necesidades de salud de la comunidad y establecer proyectos capaces de darles respuestas.

**Metodología:**

Se desarrollarán estrategias adecuadas para cada comunidad dependiendo de su nivel de instrucción, socioeconómico y todas las demás variables sociales.

## 7 - Desarrollo

Las soluciones para la realización de la reingeniería propuesta, resolverán cada uno de los planteos metodológicos señalados en el punto 6.

### *7.1 – Mejorar la atención del usuario*

#### *7.1.1- Adecuación de los recursos a las necesidades*

##### *7.1.1.1-Cálculo del recurso humano*

**Médicos:** los mismos pertenecen a las especialidades de pediatría, ginecología y clínica.

**Pediatras:** resulta necesario determinar la cantidad de pediatras, la información procesada y los tiempos de atención, cantidad de turnos y tiempos de capacitación se determina que serán necesarios 6 profesionales, un número igual al existente.

#### *Pediatras necesarios*

Grupo etáreo	Pob.asignada	N consultas	N horas méd.	Red.med.teo	Med. Neces.
< 1 año	366	3661	915,25	888	1
1 a 5 años	2409	10369	2592,35	888	2
6 a 13 años	2776	8327	2081,625	888	2
<b>Total</b>	<b>5551</b>	<b>22357</b>	<b>5589,225</b>	<b>888</b>	<b>6</b>

Los cálculos se realizan a razón de 24 horas semanales por 47 semanas (se descuentan 3 semanas para vacaciones, de promedio, 1 semana por enfermedad y 2 por motivos particulares) y se le restan las horas destinadas a capacitación, planificación y participación comunitaria, con lo cual se obtienen el valor de 888 horas/año como rendimiento promedio.

- Capacitación, promoción y planificación: los pediatras destinarán más horas a estos conceptos a favor de una *mejor calidad de salud*. Todos deberán excluyentemente operar PC's.

**Ginecólogos:** empleando la misma metodología y con idénticos criterios a los enunciados para los pediatras resulta un total de tres profesionales.

#### Ginecólogos

Grupo etáreo	Pob.asignada	N consultas	N horas méd.	Red.med.teo	Med. Neces.

Embarazadas	366	3295	1098,3	888	1,24
Mujer fértil	3404	3404	1134,7	888	1,28
<b>Total</b>		6699	2233		<b>3,00</b>

**Clínicos:** el total de clínicos será de 3:

Clínicos

Grupo etáreo	Pob.asignada	N consultas	N horas méd.	Red.med.teo	Med. Neces.
Cl.Médica	4789	9579	2394,75	888	2,70
<b>Total</b>					<b>3,00</b>

En resumen, serán necesarios doce facultativos.

**Odontólogos:** actualmente la dotación es de tres odontólogos más un residente permanente. A los efectos del cálculo horario se considerarán 3,5 profesionales. Es interesante destacar que este centro de salud tiene una fuerte presencia de personas de nacionalidad boliviana o descendientes de ellos que son muy meticulosos con sus dentaduras y que generalmente, llevan piezas de oro. Se trabajará con este imput puesto que es un dato de la realidad y no se piensa que esta colectividad cambie de domicilio.

Se han diseñado los siguientes parámetros representativos a los efectos del cálculo de la demanda de profesionales:

Odontología 1 – tareas

Tarea	Descripción	Duración (minutos)
Consulta		10
Endodoncia		60
Prestación	Radiografía	8
	Obturar carie	20
	Tratamiento ortodoncia	50
	Extracción simple	12
	Extracción compleja	60

De la determinación resulta que el número de odontólogos resulta razonable:

Odontología 2 - datos anuales

Detalle	Cantidad	Cons. Reales unitarias	N horas méd.	Red.med.teo	Med. Neces.
Prestaciones (*)	16308				
Pacientes	7440	8928	2976	3108	3,5

<b>Total</b>		8928			<b>3,5</b>
--------------	--	------	--	--	------------

(\*) En cada atención la toma de una radiografía realizada en el mismo acto, se considera una prestación diferente.

**Farmacéuticos:** se dispone de un farmacéutico, por imposición legal, aunque los enfermeros entregan los remedios.

**Bioquímico:** el profesional bioquímico se considera suficiente

**Nutricionista:** se dispone de uno, y el estudio concuerda:

Nutricionista

Población	Pob. asignada	N°consultas	N°horas Nut.	Red.Nut.teo	Nut. Neces
13745	1374	1712	856	880	1
<b>Total</b>					<b>1</b>

**Asistente Social:** actualmente la asistente social trabaja en tres centros de salud, dedicándole al n° 14 el 50% de su tiempo, aproximadamente. En el cuadro siguiente se determina la cantidad necesaria considerando el apoyo que le brindarán las promotoras.

Asistente Social

Unidades de Vivienda	Pob. asignada	N°visitas	N°horas A.S.	Red.A.S.teo	A.S. Neces
3727	2609	3216	804	880	1
<b>Total</b>					<b>1</b>

Nota: las 3727 viviendas corresponden a 4116 hogares

Para este rubro será necesario contar con una asistente social con carácter de exclusivo.

**Técnicos Laboratorio:** se dispone de dos técnicos de laboratorio, y son necesarios, uno para cada turno.

**Psicólogo:** es el profesional más difícil de evaluar en cuanto a cantidad, pero del análisis se desprende que el existente no es suficiente y será necesario disponer de otro en el turno de la tarde. Este es el rubro que tiene mayor potencial de crecimiento y puesto que deberá preverse su constante crecimiento.

## Sicólogo

Turno	Pob.posible	N. consultas	N. horas méd.	Red.med.teo	Med. Neces.
Mañana	8193	3356	1678	888	1
Tarde			1678	888	1
<b>Total</b>					<b>2</b>

**Enfermería:** en este caso deberá haber una reducción de la dotación actual de diez enfermeros, según el siguiente detalle:

## Enfermería

Especialidad	N° consultas	Pacientes/hora	Horas/año	Cantidad
Atención	34895	6	1640	3,5
Vacunación	10.180	6	1640	1
Odontología	9440	6	1640	1
Tareas externas		6	1640	0,5
<b>Total</b>				<b>6</b>

La cantidad necesaria es de seis enfermeros, que tienen 240 horas anuales en concepto de capacitación y planificación.

**Promotoras:** existen veinte promotoras que trabajan dos horas al día con una importante discontinuidad en sus tareas, tienen contratos de corta duración y al concretarse su renovación aparecen intervalos sin su presencia. Se propone en consecuencia:

## Promotoras

Unidades de Vivienda	Viv. asignada	N°visitas	N°horas Prom.	Red.Prom.teo	Promot.
Visitas domiciliaria	2609	6012	2004	3840	5
Búsqueda de pacientes		6200	1240		
Otras		3480	580		
<b>Total</b>			3824		<b>5</b>

Nota: trabajarán 4 horas/día

Se necesitan cinco promotoras que se desempeñen durante cuatro horas diarias.

**Administrativos:** haciendo un análisis del nuevo esquema, en el que estará informatizada la tarea más pesada que es el llevado de historias clínicas, se determina la cantidad en el cuadro siguiente:

Administración

Especialidad	N° consultas	Pacient/hora	Horas/año	Cantidad
Jefe de administración			1640	1
Administrativos	34895	12	1640	2
<b>Total</b>				<b>3</b>

**Maestranza:** la dotación de este rubro es en la actualidad cinco personas, el cual se considera excesivo ya que con tres operarios se cubriría la necesidad. De ser posible este servicio debe ser tercerizado.

Maestranza

Turno	Tarea	Horas/año	Cantidad
Mañana	Limpieza y mto	1640	1
Intermedio	Limpieza específica	1640	1
Tarde	Limpieza y mto	1640	1
<b>Total</b>			<b>3</b>

De este modo la nueva planta de personal del centro de salud responderá al siguiente detalle:

Nueva dotación de personal

Especialidad	cantidad
Director	1
Médicos	12
Psicólogo	2
Odontólogo	4
Farmacéutico	1
Bioquímico	1
Nutricionista	1
Asistente Social	1

Técnicos Laboratorio	2
Enfermeros	6
Promotoras	5
Administrativos	3
Maestranza	3
<b>Total</b>	<b>42</b>

### 7.1.1.2 – Adecuación de la infraestructura

La planta del edificio es apta, al igual que su superficie, pero es necesario realizar algunas obras de tipo menor según el siguiente detalle:

**Farmacia:** es una pequeña pieza que no supera 2 x 2 mts., pésimamente vinculada al resto. Para aumentar su superficie debe de un tabique que la comunica con la enfermería de ginecología, duplicándose así la superficie actual lo que optimizará el espacio disponible.

**Sala de Reuniones:** es una habitación de grandes dimensiones, por lo que debe tabicarse obteniéndose de este modo dos espacios. Uno de ellos, el que está en contacto con la administración (actualmente separado por una pared con una ventana será transformada en un gran baño) será integrado a esta. De esta manera se podrá colocar en línea todas las computadoras y centralizar el fichero. También debe demolerse parcialmente la pared opuesta de la actual administración con el fin de comunicarla al edificio, que actualmente está aislado. La otra mitad de la habitación producto de la división se podrá usar como sala de reuniones del director, para lo cual será necesario colocar una puerta y una ventana.

**Consultorio pediátrico:** el más pequeño de ellos será destinado al pesaje y medición de los niños desocupando estos elementos que actualmente se encuentran en la sala de espera.

**Sala de espera pediátrica:** se ampliará al retirarle el fichero y el material de antropometría.

**Enfermería actual:** se centralizará el pesaje y la toma de tensión arterial de las mujeres embarazadas.

**Comunicación de la Farmacia con el depósito:** deberán unirse construyendo una unión habitación que salva el vano del patio que actualmente las separa.

**Espacios íntimos:** serán anulados, excepto los destinados a sanitarios, consultorios y depósito de medicamentos, ya que se prestan a convertirse en espacios que favorecen las reuniones ineficientes.

### 7.1.1.3 – Adecuación del equipamiento

Será necesario una inversión no muy elevada, del orden de los \$ 14.000 para la adquisición de un sistema de 14 PC interconectadas, que básicamente permitirá a los facultativos el llenado directo de los informes epidemiológicos y la elaboración de las recetas cuya impresión se practicará en la farmacia. También se utilizarán para llevar stocks y realizar procedimientos administrativos. El establecimiento de esta red permitirá intercomunicar al centro de salud con el Ministerio, enviando y recibiendo información en forma inmediata y a mucho menor costo tanto de recursos humanos como financieros. Esto facilitará la vigilancia epidemiológica, se completarán protocolos específicos para el seguimiento de problemas de salud que se jerarquicen, como por ejemplo: el seguimiento de niños menores de 1 año, embarazadas, diabéticos, hipertensos, accidentes o cualquier otra patología detectadas como prioritaria o que sea elegida para un estudio de investigación. En el anexo3 se han colocado algunos protocolos de seguimiento. Los profesionales deberán colocar el diagnóstico del paciente codificado, esto permitirá rápidamente completar las exigencias del Departamento de Epidemiología de la provincia y acelerará los procedimientos de seguimiento de patologías prevalentes o de alta trascendencia (meningitis, hepatitis, etc.)

#### PC's

Cantidad	Equipo	Características	Datos
14	PC	tipo	Pentium III
		velocidad	800 Mhz
		disco rígido	20 Gbytes
		Memoria Ram	128 Mbytes
		Disquetera	3½"
		Placa de red	1/10 Mbit
14	Monitor	14" color	U-VGA
14	Mouse		
14	Teclados		
2	Impresora	Chorro tinta	Blanco y negro
1	Impresora	Chorro tinta	color
1	Servidor	disco rígido	20 Gbytes
	Back-up	grabadora CD	48x8x4
	elementos necesarios para construir la red		

Esto requerirá la capacitación del personal para su uso. En lo referente a programas, es necesario uno “a medida” para protocolos de seguimientos de problemas de salud prioritarios, de vigilancia epidemiológica, de stock y otros que se determinen como prioritarios.

Finalmente, en lo referente al sistema telefónico, hará falta una segunda línea dedicada a Internet una vez que la conexión con el Ministerio de Salud esté materializada. En lo referente a equipamiento hacen falta tres teléfonos digitales, uno central con contestador automático.

#### *7.1.1.4 – Aporte de insumos*

Como se ha señalado este es un tema que depende de un cambio en la legislación, por lo que no será abordado.

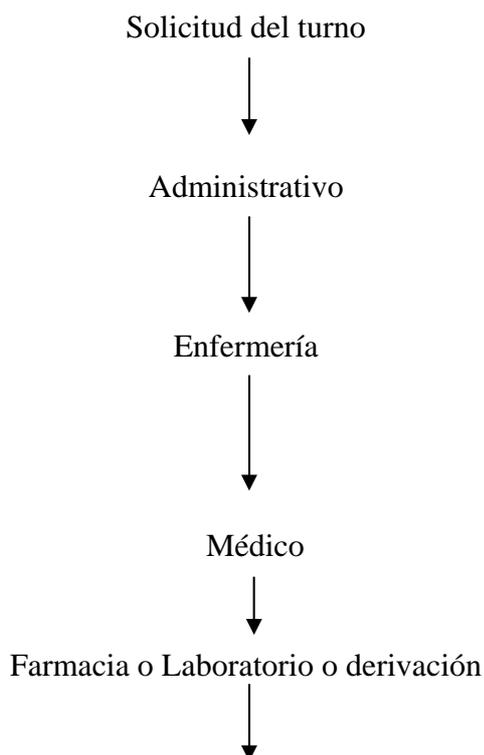
#### *7.1.2 - Atención*

##### *7.1.2.1 – Acceso*

Normatización del procedimiento de acceso

El paciente seguirá el siguiente flujograma al ingresar al centro de salud, que estará claramente explicitado en todos los lugares públicos.

### FLUJOGRAMA DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE



## Solicita turno para la próxima consulta

### a- Entrega de turnos:

Los turnos podrán ser solicitados personalmente o por teléfono durante todo el tiempo que el centro de salud esté habilitado.

Si el turno es de urgencia, el paciente será atendido dentro de las dos horas en que arribó al centro de salud o antes si así lo requiere.

El resto de los turnos serán programados, tanto para los controles sanos o para los de seguimiento de una patología. Estos turnos se anotarán en un formulario para el paciente y se cargará en la computadora según la fecha y hora elegidos. Estos turnos deberán ser confirmados, con dos días de anticipación, por teléfono o personalmente cuando medie un mes o un lapso mayor. Si el paciente no confirma su asistencia este turno podrá ser utilizado por otra persona. Cuando un turno programado de control sano o de seguimiento, no sea cumplido, deberá generarse un mecanismo de búsqueda si fuese necesario, según la siguiente norma.

### b- Procedimiento a seguir ante la inasistencia a una consulta programada.

#### Quiénes son los pacientes buscados?

- a) Paciente atendido por una patología grave que es citado a control a las 24 o 48 hs de evolución y no asiste o avisa de su evolución.
- b) Embarazada que falta a su control programado, transcurriendo más de un mes del mismo.
- c) Niño menor de un año que falta a su control programado, transcurriendo más de un mes del mismo.
- d) Paciente en control por alguna patología (diabetes, hipertensión u otra previamente acordada) según la norma establecida.

#### Quiénes son las personas que realizan la búsqueda?

- a) El administrativo, si el paciente tiene teléfono.
- b) La promotora.
- c) Alguna otra persona de la comunidad.

### c- Disminución de los tiempos de espera

En el punto a- (entrega de turnos) se explicaron los mecanismos para obtener un turno programado. Se debe estimular que el 80% de la atención sea programada. Se entiende

que si una madre solicita turno porque su niño está con fiebre, se le recomienda que lo controle y lo traiga al día siguiente, es una consulta programada. Lo que se persigue es que sea de urgencia sólo aquella que debe evacuarse de inmediato. Esto permite una organización de las consultas con disminución de los tiempos de espera. El turno programado lleva fecha y hora, se exigirá su cumplimiento por parte del paciente (con tolerancia de 30 minutos) teniendo en cuenta los imprevistos, que pudieran surgir. El paciente deberá cancelar el turno con anticipación de 24 horas, si no va a ser uso del mismo, lo que permite que ese espacio sea utilizado. Esto va a requerir de un proceso de aprendizaje por parte de los usuarios. En servicios médicos privados hay un 20%, en general, de incumplimiento del turno. Se observa positivamente que los pacientes de los centros de salud están respetando, en algunos casos el 70% de estos turnos. Esto se relaciona con el estímulo que realiza el personal de salud de la importancia del respeto a los turnos programados, que su incumplimiento deja sin atención a otros y que si no son utilizados requiere de una nueva solicitud del turno perdido.

A nuestro criterio la falta de implementación de los turnos programados tiene que ver con la vieja idea que el médico no va a estar al servicio del paciente y que cuando termina su tarea se retira del servicio, aunque no haya completado su horario. Con lo propuesto se resolverá en gran parte este problema.

#### 7.1.2.2 – Atención Médica

La atención médica también debe responder a estándares de calidad prefijados y a normas preestablecidas, por tanto, se seguirá la siguiente metodología:

“La atención del paciente comienza desde su arribo.”

- a) Todo el personal cumplirá puntualmente el horario asignado, debiendo estar diez minutos antes de comenzar la atención.
- b) El administrativo deberá responder con amabilidad: otorgando el turno, contestando preguntas y solicitando los datos de filiación. (Él deberá conocer qué se espera de su actuación, cómo será evaluado y qué tipo de sanciones se le aplicará si no respeta esos estándares de calidad propuestos. La atención al público es agotadora por lo cual su jornada deberá contemplar otras tareas: búsqueda de historias clínicas, carga de datos en la computadora, etc.)
- c) La atención de enfermería deberá responder a protocolos claramente explicitados. Para la toma de los valores antropométricos de niños se encargará una enfermera, que además colocará las vacunas necesarias, dará algunas recomendaciones de puericultura y anotará los datos en la historia clínica. Este recurso humano se rotará en las otras especialidades, pero se dará preferencia a elegir la tarea que más le agrade. Las otras tareas se dividirán en asistencia a odontología, a ginecología y clínica médica, las tareas a realizar deben estar protocolizadas.

- d) La atención médica se ajustará a normas en cuanto a la atención propiamente dicha, al llenado de la historia clínica, la solicitud de prácticas especiales y derivaciones, la indicación de medicación y las recomendaciones sobre la evolución esperada. La falta de tiempo para explicar dicha evolución al paciente es la principal causa de visitas que se repiten en otros establecimientos asistenciales, generando enormes costos. Esto puede evaluarse con un personal del Ministerio que rote por los distintos centros preguntándole a los pacientes cómo es esperable que evolucione la patología, cómo debe tomar la medicación, cuáles son los signos de agravamiento y cuándo debe regresar. El Ministerio de Desarrollo Social y Salud está actualmente trabajando en este tema.
- e) La atención odontológica debe también responder a procedimientos normatizados en atención y derivación.
- f) La atención del personal de farmacia debe ser amable, deberá cerciorarse que el paciente comprendió cómo debe administrar la medicación.
- g) Las tareas de la asistente social debe responder a normas, deberá conocer todas las posibilidades sociales para responder a las consultas, se deberá consultar por procedimientos poco utilizados.
- h) El personal de maestranza deberá conocer todas las técnicas de limpieza por sectores. La limpieza de los baños públicos debe realizarse cada una hora, se determinará el responsable y se implementará una planilla que realice el seguimiento de esta acción. Ante un imprevisto se dará respuesta inmediata.

## 7.2 – Administración y capacitación

### 7.2.1 – Mejorar la administración del centro de salud

#### 7.2.1.1- Definición de funciones

Como ya se ha señalado es necesario una definición de las tareas que cada recurso humano debe desempeñar, ya que no están claramente explicitadas. Se transmiten verbalmente por tradición y de hecho.

A continuación se transcriben las funciones que debe desarrollar cada posición:

#### **Administrativo:**

- 1- Tratar amablemente al paciente.
- 2- Entregar el turno programado durante todo el horario de atención que el centro de salud cargándolo en la computadora.
- 3- Buscar la historia clínica o abrir una si el paciente no la tuviera.
- 4- Guardar las historias clínicas. Esta tarea será realizada por una sola persona, que deberá verificar que guarda todas las historias clínicas que fueron utilizadas.

- 5- Enviar el compilado de los diagnósticos, generados por el personal de salud, de la tarea realizada diariamente, a la oficina central del departamento de epidemiología.
- 6- Colaborar con el equipo en la promoción de salud comunitaria.
- 7- Realizar las otras tareas administrativas programadas asignadas, respondiendo a las directivas centrales, que se modifican frecuentemente.
- 8- Participar con el equipo de sesiones de auditoría médica.
- 9- Asistir a la capacitación programada.

***Enfermería:***

- 1- Tratar amablemente al paciente.
- 2- Tomar los signos vitales de los pacientes.
- 3- Registrar estos datos en la historia clínica.
- 4- Inmunizar si fuera necesario.
- 5- Colaborar con el equipo en la promoción de salud comunitaria.
- 6- Realizar otras prácticas de enfermería, según la tareas programadas asignadas.
- 7- Participar con el equipo de sesiones mensuales de auditoría médica.
- 8- Cargar los datos solicitados en los protocolos de seguimientos que son llevados en este centro de salud, en la computadora.
- 9- Asistir a la capacitación programada.

***Médico:***

- 1- Tratar amablemente al paciente
- 2- Realizar interrogatorio y examen físico completo.
- 3- Proceder según normas para el diagnóstico, tratamiento y/o derivación.
- 4- Recomendar hábitos saludables.
- 5- Explicar correctamente la evolución esperable y las indicaciones.
- 6- Registrar todos los datos en la historia clínica.
- 7- Derivar correctamente al paciente en caso de ser necesario.
- 8- Solicitar estudios complementarios según la patología diagnosticada.
- 9- Explicar las indicaciones, la evolución esperada y asegurarse de su comprensión.
- 10- Dar recomendaciones de promoción de salud y prevención de complicaciones
- 10- Cargar los datos solicitados en los protocolos de seguimientos que son llevados en este centro de salud y anotar el diagnóstico codificado en la planilla de informe diario, en la computadora.
- 11- Participar con el equipo de sesiones mensuales de auditoría médica.
- 12- Asistir a la capacitación programada.
- 13- Colaborar con el equipo en la promoción de salud comunitaria

***Psicólogo:*** idem al médico

***Odontólogo:***

- 1- Tratar amablemente al paciente
- 2- Realizar interrogatorio y examen bucal completo.
- 3- Proceder según normas para el diagnóstico, tratamiento y/o derivación.
- 4- Recomendar hábitos saludables de higiene bucal.
- 5- Explicar correctamente la evolución esperable y las indicaciones.
- 6- Registrar todos los datos en la ficha clínica
- 7- Derivar correctamente al paciente en caso de ser necesario.
- 8- Cargar los datos solicitados en los protocolos de seguimientos que son llevados en este centro de salud y anotar el diagnóstico codificado en la planilla de informe diario, en la computadora.
- 9- Participar con el equipo de sesiones mensuales de auditoría médica.
- 10- Asistir a la capacitación programada.
- 11- Colaborar con el equipo en la promoción de salud comunitaria

***Asistente social:***

- 1- Atender a los pacientes amablemente
- 2- Conocer todas las instancias de ayuda social que brinda el gobierno.
- 3- Cargar los datos solicitados en los protocolos de seguimientos que son llevados en este centro de salud y anotar el diagnóstico codificado en la planilla de informe diario, en la computadora.
- 4- Planificar las visitas a los pacientes que no asisten a las consultas, junto a las promotoras.
- 5- Participar de la capacitación programada.
- 6- Colaborar con el equipo de salud para la elaboración del diagnóstico de situación de los proyectos comunitarios que se realicen en el Centro de Salud.
- 7- Participar con el equipo de salud de la evaluación de los proyectos comunitarios ejecutados.

***Promotoras:***

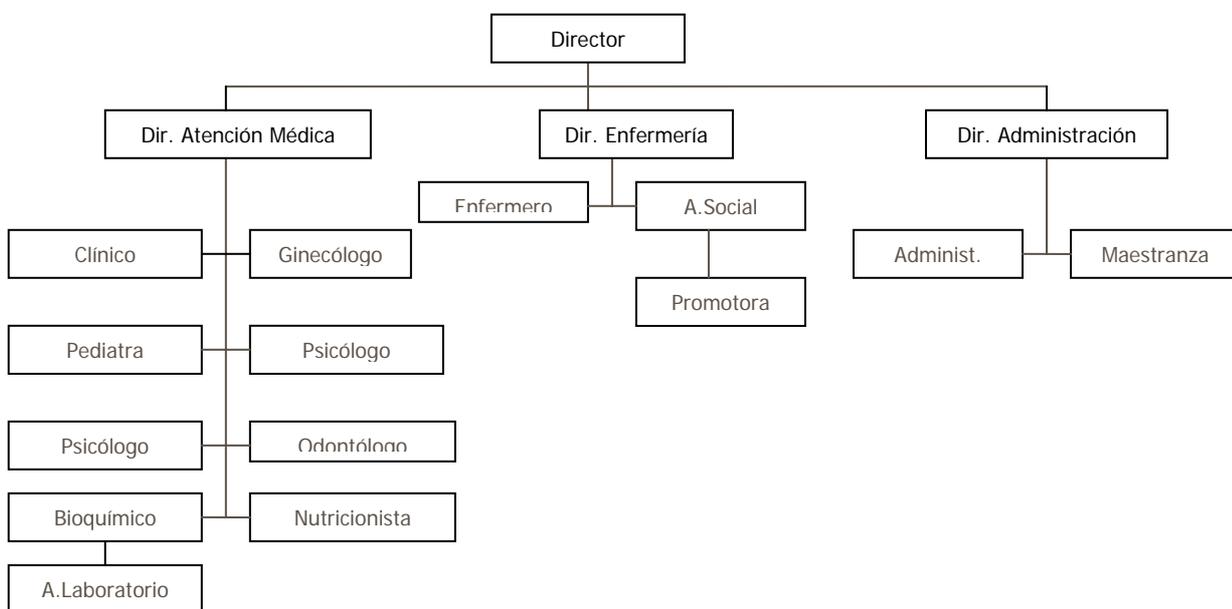
- 1- Planificar las visitas a los pacientes que no asisten a las consultas, junto a las promotoras.
- 2- Participar de la capacitación programada.
- 3- Colaborar con el equipo de salud para la elaboración del diagnóstico de situación de los proyectos comunitarios que se realicen en el Centro de Salud.
- 4- Participar con el equipo de salud de la evaluación de los proyectos comunitarios ejecutados.

***Personal de maestranza:***

- 1- Tratar amablemente al paciente
- 2- Seguir la normativa de limpieza de los distintos espacios.
- 3- Limpiar los baños públicos una vez cada hora.
- 4- Lavar los pisos al finalizar la jornada laboral.
- 5- Participar con el equipo de sesiones mensuales de auditoría médica.
- 5- Asistir a la capacitación programada.

### 7.2.1.2- Diseño del organigrama

Como mencionara anteriormente no hay un organigrama funcional, por lo cual se propone el siguiente:



El director de este centro será un administrativo con orientación sanitaria o un médico que tenga una capacitación en administración, aprobada, de dos años de duración, ganada por concurso. Su ingreso horario será un 20 % superior al de los profesionales. Cumplirá una carga horaria de ocho horas diarias ( de lunes a viernes, sábados cuatro horas) dividido en dos tiempos de cuatro horas, esto permitirá estar presente en las horas pico de asistencia de pacientes.

Sus funciones serán:

- 1- Gerenciar correctamente el centro de salud.
- 2- Estimular un clima cordial entre el personal que allí se desempeña.
- 3- Participar de todas las sesiones de auditoría del centro de salud
- 4- Realizar la capacitación en gerenciamiento a todo el recurso que allí se desempeña.

- 5- Mantener una reunión semanal con el coordinador de salud del área departamental, de evaluación y planificación.
- 6- Gestionar los proyectos comunitarios acercando a todas las instituciones y ONG de la zona a fin de sumar esfuerzos para lograr una beneficiosa participación comunitaria.

### 7.2.2 – Capacitación en gerenciamiento

Capacitación del gerenciamiento  
(Valores en horas/semana)

Especialidad	Capacitación en tareas médicas (a)	Capacitación en adm/Evaluac. (b)	Capacitación en Part. Comunitaria (c)
Director	1	**	
Médicos	2	2	2
Psicólogo	2	2	2
Odontólogo	2	2	2
Farmacéutico	2	2	
Bioquímico	2	2	
Nutricionista	2	2	2
Asistente Social	2	2	2
Técnicos Laboratorio	2	2	
Enfermeros	2	2	2
Promotoras	2	2	2
Administrativos	2*	2	
Maestranza	2*	0,5	

(a) Estas horas se componen de dos tramos:

- Capacitación en el PRECAP (Programa de Educación Continua en Atención Primaria), están en desarrollo los programas para administración, bioquímicos y maestranza. Esto implica 4 horas mensuales.
- Las otras cuatro horas mensuales están destinadas a la capacitación individual de cada uno.

(b) Inicialmente se capacitará al personal en el uso de la PC (1 semana full time) y otra semana destinada a conceptos de gerenciamiento. Luego estas horas se emplearán para mantener reuniones de trabajo con el *Director* a fin de tratar los siguientes temas:

- Trabajo día a día
- Evolución de programas en ejecución
- Sugerencias

Todos los procedimientos serán evaluados constantemente.

El personal debe conocer los procedimientos de las acciones que debe realizar, para lo cual deben ser difundidos. Se reunirá al personal, en forma parcial o total según el tema a abordar. Todos deben conocer algunos procedimientos como la entrega de turno o algunos proyectos comunitarios del centro de salud. Otros son de exclusiva incumbencia de los sectores específicos: limpieza o procedimientos de enfermería. Las reuniones para evaluación de metas institucionales se realizarán una vez por mes. Se podrá invitar a autoridades a participar de estos encuentros. Si como resultado de esta evaluación es necesario aplicar una sanción, deberá ser colocada. Si por el contrario es necesario premiar por los resultados obtenidos deberá colocarse en el concepto o en su hoja de servicio, la distinción recibida. Uno de los problemas de la mediocridad de la atención pública tiene que ver con la falta de un estructurado sistema de premios y castigos.

Además, deben realizarse evaluaciones por sectores profesionales, por ejemplo, historias clínicas en ateneos por especialidades. Al quedar al descubierto entre sus pares, los errores o falta de datos, moviliza en general al personal a cambiar positivamente. Estos ateneos deben realizarse una vez por mes y tener una duración de dos horas.

- (c) Horas destinadas inicialmente en capacitación en participación comunitaria y luego serán destinadas a realizar educación para la salud según las necesidades detectadas.

### *7.3 – Desarrollo de la participación comunitaria*

Actualmente en la práctica, no se realiza participación comunitaria, de manera organizada y sistemática; sólo se buscan algunas embarazadas y enfermos a pedido de alguien que note la ausencia del paciente.

Para llevar a cabo estos proyectos debe convocarse a todo el recurso humano que trabaja en el centro de salud, aquí las promotoras constituyen un importante nexo entre la comunidad y el personal de salud. En el desarrollo del proyecto debe además convocarse a otros actores como el Municipio, otras oficinas de salud (como programas preventivos) y a todas las ONG del medio, que estén dispuestas a trabajar. Deberán escribirse proyectos concretos de promoción o prevención, determinar claramente sus objetivos y sus metas, cómo se implementará, quiénes son sus responsables, cómo se ejecutará y de qué modo se evaluará.

Se elegirán, inicialmente, comunidades con algún nivel de organización, es decir que dispongan de uniones vecinales activas, o que hayan estado trabajando junto al

Municipio u otra institución en algún proyecto comunitario. Una vez elegida la comunidad dónde se trabajará se deberá seguir la siguiente guía:

*a- Diagnóstico de situación*

- 1- ¿Cuántas personas constituyen la población objeto?
- 2- ¿Qué distribución por sexo y edad tienen?
- 3- ¿Qué nivel de instrucción tienen, fundamentalmente las madres?
- 4- ¿A qué se dedican, cómo obtienen sustento?
- 5- ¿Qué nivel de desocupación tiene el barrio elegido?
- 6- ¿Qué actividades realizan en sus tiempos libres?
- 7- ¿Qué necesidades de salud perciben?
- 8- ¿Qué tasa de natalidad tiene esta comunidad, qué porcentaje de los embarazos son de madres adolescentes?
- 9- ¿Se controlan el embarazo, asisten a encuentros de educación para la salud?
- 10- ¿Cuántas madres amamantan a sus hijos hasta los 6 meses?
- 11- ¿Qué otro evento de salud tiene gran importancia y frecuencia en esta comunidad?

Estos datos se podrán obtener a través de una encuesta realizada en el barrio donde se llevará a cabo la participación, para ello se utilizará a las personas que conforman la unión vecinal, que podrán ser las promotoras. Otro modo es que, desde el centro de salud se solicita a los pacientes, en general o los que provengan de un lugar determinado, que llenen una encuesta o respondan un cuestionario dirigido que puede ser realizado por algún administrativo u otra persona que desee colaborar. También pueden ser utilizadas las escuelas de la zona para canalizar las encuestas.

Se podrá orientar la búsqueda de datos según las posibilidades del equipo de responder a sus necesidades. Es conveniente que se trate inicialmente temas fáciles de abordar y menos reñidos con conceptos religiosos o morales. Se recomienda fomentar controles de salud, lactancia materna, prevención de hipertensión y otras patologías.

*b- Priorizar las necesidades encontradas*

Los temas propuestos por la comunidad serán priorizados por:

- a) **Magnitud:** número de personas que tienen las mismas necesidades o por la gran cantidad de pacientes de una determinada patología.
- b) **Trascendencia:** puede ocurrir que una situación o problema de salud se jerarquice por sus implicancias a toda la población, ejemplo: un caso de meningitis.
- c) **Capacidad resolutive:** hay problemas de salud muy complejos y que necesitan de un abordaje por especialistas que no trabajan habitualmente en centros de salud o que escapan a sus posibilidades de resolución. Tal es el caso de la violencia o

drogadicción o de la desocupación que tanto afecta a la salud. Estas temáticas se abordarán junto a otras instituciones del Estado y organizaciones no gubernamentales.

*c- Establecer objetivos y metas:*

Una vez elegido él o los temas a tratar junto a la comunidad se establecerán los objetivos de esta tarea. Estos propósitos deben ser claros, ejecutables, se deberán escribir en infinitivo, su extensión no debe ser mayor de un renglón. A continuación se establecerá la cantidad del objetivo que se ejecutará en el tiempo establecido, es decir la meta.

*d- Establecer la metodología para cumplir esos objetivos:*

En el desarrollo de la metodología deberá especificarse quiénes son los responsables, los tiempos que demandará cada tarea, dónde y cuándo se desarrollarán las acciones, qué técnicas grupales serán utilizadas.

*e- Evaluación continua*

Deberá describirse la evaluación a lo largo de toda la programación y cómo se evaluará el impacto de estas acciones.

Debido a que algunas de estas tareas son de prioridad nacional, se implementarán los siguiente rubros fijos:

embarazadas  
niños menores a un año de edad  
patologías que se determinen prevalentes

Debido a lo complejo que es transcribir la teoría de la participación comunitaria a la acción es que se ha tomado como ejemplo el seguimiento de embarazadas que constituye una prioridad de salud nivel nacional:

*Seguimiento de mujeres embarazadas*

Dada la indiscutible importancia que tiene el controlar a las embarazadas, en el marco del compromiso asumido por el Ministerio de desarrollo Social y Salud en mejorar nuestros indicadores de morbi-mortalidad materna e infantiles es que el centro de salud 14 decide encarar este proyecto junto a la comunidad del Barrio Pedro Molina IV.

El diagnóstico de situación se elaborará entre el personal del centro de salud y las promotoras que viven en el barrio mencionado. Para esto se buscará, en los datos del Registro Civil de la provincia, el número de niños nacidos en ese barrio. Esto constituye

el marco de referencia para evaluar si el número de embarazadas detectadas está relacionado con esa cifra.

Se solicitará a las promotoras que realicen una encuesta, dirigida a embarazadas, donde se preguntará:

Nombre de la paciente..... edad..... Nivel de instrucción.....  
 Domicilio..... Meses de gestación.....  
 Asiste a los controles de embarazo Si No  
 Si contestó si: anotar número de controles que ha realizado. Solicitarle muestre su carnet de seguimiento perinatal.  
 Preguntar si tiene inconvenientes con la consulta.  
 Cuáles?.....  
 Si asiste a otro médico solicitar que acredite sus controles.  
 Si no asiste averigüe causas. Escríbalas al dorso de esta encuesta.  
 Desearía asistir a un Programa de preparación para el parto. Si .... No .....

Día.....	Hora.....	Temas
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

#### Objetivos:

- 1- Aumentar el número de embarazadas controladas.
- 2- Aumentar el número de controles prenatales.
- 3- Buscar información para desarrollar un programa de preparación para el parto.

#### Metas

- 1- Lograr que el 90% de las embarazadas, sin cobertura social, realicen sus controles prenatales.
- 2- Lograr que el 90% de las embarazadas que asisten realicen no menos de 5 controles por embarazo.
- 3- Lograr que el 70% de la población objeto realice su primer control en el primer trimestre de embarazo, luego de 1 año de programa.

#### Metodología:

Un administrativo se encargará de obtener los datos sobre el número de niños nacidos por distrito.

Las promotoras que viven en dicho barrio se encargarán de realizar las encuestas.

La evaluación sobre la asistencia a los controles programados los realizará una enfermera, quien deberá controlar todas las semanas, las planillas de seguimiento de embarazos.

La búsqueda de pacientes que no regresaron a la consulta la realizarán las promotoras, cuando se cumpla dos meses de inasistencia.

Se realizará una evaluación mensual con todos los integrantes del equipo y algún representante de la Unión Vecinal.

## **8- Conclusiones:**

La reingeniería del Centro de Salud N° 14 es perfectamente posible. Es una estructura concebida hace varias décadas que ha ido creciendo con dispares rumbos y directivas con una dosis muy grande de voluntarismo en la mayoría de los casos. Hoy presta un servicio poco satisfactorio y destina para ello importantes recursos. Para que este proceso pueda ser implementado serán necesarios los siguientes pasos:

- Se requerirá de una clara decisión y un fuerte apoyo político para asumir los cambios. (un proceso como el propuesto necesita de un decreto, o tal vez una ley). Las autoridades deben aceptar que la reingeniería es el “Verdadero camino de cambio”; y en la cambiante era actual, las organizaciones deben ser lo más flexibles posibles a fin de tener una importante capacidad de adaptación a las necesidades. Los funcionarios deben ser convencidos en la idea que ellos como máximos administradores de los bienes y entidades públicas deben consolidar estructuras eficientes, ágiles, flexibles y enfocadas a la comunidad.
- Hacer comprender a todo el personal del centro de salud la importancia que tiene la calidad, por lo que los servicios deben brindarse con profesionalismo y deben adecuarse a las necesidades de los usuarios, recordando que desde mediados de los ‘80 los usuarios han asumido el mando y constituyen la fuerza dominante de toda sociedad.
- La motivación del recurso humano, además de su capacitación y retribución, debe estar orientado a un reconocimiento social, lo que lleva de la mano el incremento del prestigio de estas instituciones. La reingeniería hará una parte muy importante de esto. Se aspira a mejorar la autoestima de este recurso, convencidos que, trabajando de este modo, sentirán la satisfacción de obtener resultados que van más allá de la simple sumatoria de acciones. Hoy no se tiene en cuenta la satisfacción del cliente interno, sabiendo que es fundamental que se sienta a gusto trabajando en este equipo para que los resultados de todos ellos se acrecienten.
- Específicamente en lo referente al recurso humano, se hará hincapié en:
  - a) La selección, debe responder a concursos específicos donde un perfil bien definido y un examen de aptitud sea el requisito esencial para acceder a los cargos vigentes. Debe evaluarse el desempeño de este recurso para la renovación de estos contratos.

- b) La figura del director es prioritaria, debe ser elegido por un concurso abierto, con un perfil muy bien establecido. De su modo de actuar tendrá mucho que ver el cambio que aquí se genere.
- El imponer metodologías de trabajo es algo fundamental y será una tarea titánica ya que va contra las tradiciones y costumbres de nuestra administración pública. La implementación de manuales de procedimientos, es necesaria, dado que no existen parámetros para evaluar la atención que brindan estos servicios. Existen en la mayoría de los países definidas metodologías transcritas en excelentes manuales, su adaptación a nuestra realidad es urgente.
  - Por último la evaluación del comportamiento del modelo propuesto, con la aplicación del concepto premios y castigos permitirá el mantenimiento del proyecto definido así como su monitoreo para las futuras adaptaciones a las nuevas realidades que la sociedad del distrito de Belgrano requiera.
  - La utilización de la informática para el registro de toda la información que se genera en estos establecimientos es una ágil herramienta que permite la evaluación permanente de datos con los que se construirán indicadores de cobertura, de seguimiento y de calidad de atención. Hoy, la enorme información que brinda la estadística correctamente utilizada que sirve para conocer correctamente la realidad y establecer programas de salud acordes a los datos relevados. La importancia de apropiarse de la información que es generada por el recurso humano que la produce sin los tiempos que hoy requiere el feed back de esta información (como en el caso de epidemiología, o los datos bioestadísticos). Esta información en tiempo y forma deberá ser el motor para nuevas reingenierías así como de numerosos proyectos de investigación y de promoción.

La contribución de este trabajo al mejoramiento del centro de salud N° 14 no debería ser una elaboración aislada, sino que debe formar parte de una política de salud provincial.

8-

**9- Bibliografía general y especial:**

ARANDA REGULES, J.M. Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud. (Madrid, Díaz de Santos, 1994)

DEVER, Alan. Epidemiología y administración de servicios de salud (OPS, 1991)

ISHIKAWA K. ¿Qué es el control total de la calidad? La modalidad japonesa. (Bogotá Norma, 1986)

HAMMER, Michel; CHAMPY, James. Reingeniería. NANNETTI, Jorge (Harper Collins Publishers Inc, 1994)

KATZ, Jorge; MUÑOZ Alberto. Organización del sector salud: puja distributiva y equidad (CEPAL, 1988)

McMAHON, R. BARTON, E. PIOT, M Administración de la Atención Primaria de Salud (OPS 1989)

VARO, Jaime. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios ( Madrid, Díaz de Santos, 1994)